

Hemangioma: caso clínico e revisão de literatura

Pantelis Varvaki Rados*
 João Jorge D. Barbachan*
 Manoel Sant'Ana Filho**
 Maurício Roth Volkweis***

RESUMO

Os autores apresentam revisão de literatura e um caso clínico de hemangioma com características clínicas incomuns.

SUMMARY

The authors present review of literature and a clinic report of a case of hemangioma with unusual characteristics.

Introdução

Os hemangiomas figuram entre as lesões mais freqüentes de cabeça e pescoço, sendo a mais freqüente em crianças (1,2,11,12). Talvez por se tratar de uma lesão que raramente trará algum prejuízo para o paciente, permaneça ainda pouco pesquisado, especialmente no que se refere a sua patogenia, embora bem descrito em todas as suas outras manifestações (1,3,9,12).

Abordaremos então os diversos aspectos relacionados com o aparecimento e desenvolvimento da lesão, seus possíveis agentes etiológicos, sua patogenia e as diversas opções terapêuticas sugeridas. Por fim apresentaremos o caso clínico de uma lesão com algumas características diferentes da forma clássica de manifestação do hemangioma, enfatizando a necessidade de uma conduta diagnóstica correta na busca da identificação precisa da doença.

Revisão de Literatura

Os hemangiomas figuram entre as lesões tumorais mais freqüentes de cabeça e pescoço, sendo o tumor mais comum durante a infância (1,2,11,12), estando geralmente presente ao nascimento (3,4,5,7,9,11). Nos casos congênitos há involução espontânea da lesão (1) e em quase todas as situações possui um cres-

cimento auto-limitante (4,5). Tem um comportamento neoplásico discutível (4), sendo que muitos autores (1,5,9,10) preferem classificá-lo como um hamartoma.

As lesões possuem prognóstico excelente e segundo Shafer e colaboradores (9) não há recidiva nem malignidade, ressaltando que Bhaskar (3) e Thwaites (11) alertam para a possibilidade de malignidade em raros casos.

Há preferência de localização pela cavidade bucal e nasal, acima do trato respiratório na mucosa da orofaringe (2), especialmente nas mucosas labial, jugal, palato e língua (1,7).

Os hemangiomas são mais freqüentes no sexo feminino (1,5,9), mas Batsakis (2) e Bhaskar (3) afirmam não haver preferência por sexo. Também não há preferência por raça (2).

Microscopicamente as lesões se caracterizam por apresentar proliferação de células endoteliais, formando pequenos capilares (1,3,9) constituídos por uma única camada de células, lembrando tecido de granulação jovem (9), ou então, capilares formando grandes espaços cavernosos (1,3). Pode haver conjuntamente a proliferação de vasos linfáticos (12,13). Apresentam pouco estroma (2) onde haverá possivelmente a presença de massas sólidas de célu-

las endoteliais (1). São lesões não encapsuladas (11).

As lesões bucais são planas (1,3,9) ou elevadas (3,9), de tamanhos e formas variáveis com coloração vermelho-azulado (1,9) ou violácea (12), sendo raramente bem delimitados (9). A lesão deve isquemiarse quando pressionada (3,5,11,13). À palpação geralmente são de consistência mole (3,5) podendo apresentar-se endurecidos quando em posição profunda (2,3,5). Freitas (5) afirma que é possível a sensação de pulsação ao fluxo sanguíneo.

Ao exame radiográfico os hemangiomas de tecido mole não possuem imagem (6) mas podem causar reabsorção do osso subjacente devido a pressão exercida pela lesão (5). Quando de localização intra-óssea o hemangioma tem imagem radiográfica dita em favos de mel, semelhante ao osteossarcoma (9), não possuindo limites definidos e podendo incluir no seu interior lesões vasculares diversas (5), esse aspecto radiográfico pode ser confundido com o de outras lesões (12).

A etiologia dos hemangiomas per-

* Professor de Patologia da PUCRS e UFRGS

** Professor de Patologia da PUCRS e UFRGS, Professor do Mestrado em CTBMF da PUCRS

*** Aluno de Graduação, Bolsista de Iniciação Científica do CNPq

manece controversa, parecendo ser de origem traumática (12), sendo resultado de uma resposta exagerada a traumas relativamente pequenos sofridos (2). De acordo com Freitas e colaboradores (5) as lesões se originariam a partir de restos endoteliais congênitos. Segundo Thwaites (11) os mastócitos atuam na fisiologia do tumor, não apenas no seu aparecimento, mas também na perpetuação do processo, baseando-se no fato de que lesões em desenvolvimento apresentam um aumento do número de mastócitos na sua periferia e lesões em involução apresentam redução do número de mastócitos na sua periferia.

De acordo com a forma com que se manifesta clinicamente, podem ser classificados em capilares (1,3,7,9,11,12), Cavernosos (1,9,11,12), angioblástico (9), sistêmico difuso (9), metastizante (9), racemoso (9), nevo vinhoso (9) e juvenil (3,11).

As opções terapêuticas são variadas: sutura parcial progressiva (12), embolização (11), compressão (9,11), raio laser (11), crioterapia (1,9,11,12), neve carbônica (1,9), soluções esclerosantes (1,9,11,12), electrocautério (3), cortico-esteróides (11) e excisão cirúrgica (1,2,9,11,12). A escolha entre uma ou outra medida terapêutica depende de cada caso (1) e devem ser considerados a idade do paciente, a extensão, localização e tempo de evolução da lesão (2,10). Quando se opta por medidas cirúrgicas a punção e aspiração da lesão é indicada (4,9) e a biópsia parcial deve ser evitada por causa do risco de hemorragias graves (11,13).

Lesões grandes podem interferir na fonação e mastigação do paciente (3) e estão sujeitas a sofrer traumatismos e infecção secundária (1,5,9,11) devendo sempre o paciente ser alertado para essa possibilidade, evitando inclusive doenças dentárias (11), pois a manipulação de dentes relacionados a hemangiomas é extremamente delicada. Tumores com crescimento exagerado podem ter influências psicológicas sobre o paciente e o cuidado com esse aspecto pode ser tão im-

portante quanto o tratamento médico empregado (11).

Caso Clínico

O paciente P.R.S.O., de 28 anos, sexo masculino, negro, pintor de automóveis, residente em Porto Alegre, procurou o serviço de Triagem da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no intuito de realizar restaurações em dentes molares. Durante o exame clínico relatou ter notado um aumento de volume no fundo de sulco na região de canino superior. Afirmou ter notado essa alteração a pelo menos um ano e que vinha apresentando gradualmente um discreto aumento de volume.

No local da lesão a mucosa não apresentava ulcerações ou qualquer solução de continuidade, estando apenas com uma discreta coloração violácea e aumento de volume somente por vestibular (fig. 1).



FIGURA 1

Todos os dentes adjacentes encontravam-se sem lesão e com vitalidade pulpar. Não havia alteração de imagem radiográfica no exame pe-

riapical realizado. O paciente não apresentava assimetria facial nem queixa de dor na região.

À palpação notava-se lesão bem delimitada de consistência fibrosa, podendo ser levemente deslocada em qualquer sentido. Através de palpação externa percebia-se aumento de volume extra-bucal.

O paciente foi encaminhado para a disciplina de Exodontia II onde foi realizado punção e tentativa de aspiração do interior da lesão mas não houve nenhum tipo de material recolhido.

Pelas características clínicas e localização da lesão optou-se pela realização de uma biópsia total que também foi realizada pela disciplina de Exodontia II.

Técnica cirúrgica: Procedeu-se uma incisão elíptica junto ao bordo inferior da lesão e o deslocamento da fibro mucosa. A lesão apresentou-se encapsulada oferecendo um

nítido plano de clivagem entre a cápsula fibrosa e os tecidos circundantes, tendo aderido a sua superfície glândulas salivares menores. Após a



FIGURA 2

remoção total da lesão e inspeção da cavidade cirúrgica, realizou-se sutura a pontos isolados.

A peça operatória após fixada em formol 10% foi remetida ao Laboratório de Patologia da FO/UFRGS onde recebeu o número 8859/91.

Aspecto Macroscópico: Fragmento de tecido mole, de consistência fibrosa, formato nodular, coloração parda, apresentando aderido a sua superfície estruturas nodulares de coloração esbranquiçada e medindo no seu maior diâmetro 15mm. Após a peça seccionada, revelou um interior sem cavidade ampla, também de coloração parda e consistência fibrosa. (fig. 2).

Aspecto Microscópico: Observou-se grande proliferação de vasos formados por endotélio delgado e paredes bem dilatadas, intensa fibroplasia, ausência de infiltrado inflamatório e trombos hialinizados (fig. 3). A lesão apresentava-se bem encapsulada.

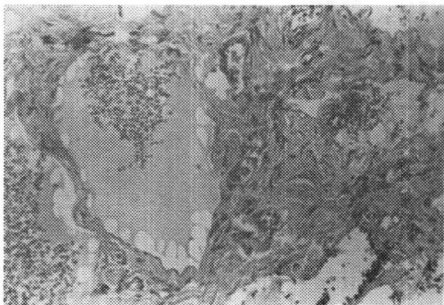


FIGURA 3

O paciente retornou para remoção de pontos e posterior controle de 90 dias (fig. 4) e recebeu alta.

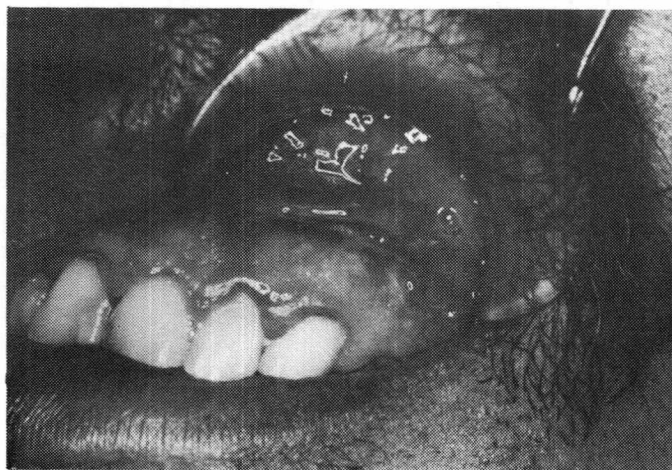


FIGURA 4

Discussão

O caso apresentado contrasta com os relatos de diversos autores na medida em que encontramos as seguintes diferenças:

Segundo Bhaskar (3), Freitas (5), Thwaites (11) e Tommasi (12), hemangiomas são lesão usualmente congênitas com grande incidência em crianças onde geralmente involuem ou apresentam crescimento auto-limitante. No caso relatado o paciente tinha 28 anos e a lesão surgiu ou foi notada há aproximadamente 1 ano atrás e continuava evoluindo.

Thwaites (11) afirma que o hemangioma não apresenta cápsula, e Batsakis (2) relata que as lesões mais profundas são menos circunscritas. Nós encontramos uma lesão perfeitamente encapsulada, permitindo a distinção de um plano de clivagem durante o ato cirúrgico e que não apresentou sangramento além do normal.

Para Araújo & Araújo (1), Bhaskar (3), Shafer (9) e Freitas (5) o hemangioma é mais comum em mulheres.

Freitas (5) considera como possível a detecção de pulsação ao fluxo sanguíneo e reabsorção do osso subjacente devido a pressão exercida pela lesão. Clínica e radiograficamente não identificamos nenhum destes aspectos.

As descrições das características clínicas da lesão estão em concordância com os autores, exceto no fato de que o presente caso era bem delimitado.

O aspecto microscópico da lesão relatada aqui era concordante com

os diversos autores consultados, apresentando múltiplos capilares de diversos calibres formados por uma única camada de células endoteliais, sobre tecido conjuntivo fibroso.

De acordo com Thwaites (11) pode haver ligação do desenvolvimento e manutenção da lesão com o aumento do número de mastócitos na região, contudo não observamos essa relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAÚJO, N.S.; ARAÚJO, V.C. Patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1984. 239p. Cap. 7 Neoplasmas benignos e malignos. p.117-142.
2. BATSAKIS, J.G. Tumors of the head and neck. 2.ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982. 573p. Cap. 15. Vasoformative tumors. p.293-296.
3. BHASKAR, S.N. Patologia bucal. 4.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1989. Cap. 4. Patologia da mucosa bucal, da língua e das glândulas salivares. p.446-447.
4. BIRMAN, E.; BORAKS, S.; SIMÕES, I.S.; RUNEZ, A. Hemangioma dos maxilares: revisão da literatura e apresentação de um caso. ARS Curandi em Odontologia, São Paulo, v.6, n.11, p.40-46, fev. 1980.
5. FREITAS, A.; MARCUCCI, G.; RUSSO, C.A.; QUIRINO, M.R.S.; MAILART, D. Hemangioma da face - Relato de um caso clínico. Enciclopédia Bras. Odontol., São Paulo, v.2., n.1., p.197-205, 1984.
6. FREITAS, A.; ROSA, J.E.; SOUZA, I.F. Radiologia odontológica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988. 612p. Cap. 24. Aspectos radiográficos das lesões ósseas maxilo-mandibulares. p.505-506.
7. ISHIKAWA, G.; WALDRON, C.A. Atlas colorido de patologia bucal. São Paulo: Santos, 1989. 193p.
8. SAPSOM, E. et al. Hematoma or hemangioma? The importance of careful differential diagnosis. GMDA BULL, p.141, jun. 1982.
9. SHAFER, W.; HINE, H.; LEVY, B. Tratado de patologia bucal. 3.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 837p. Cap. 2. Tumores benignos e malignos da cavidade oral. p.141-144.
10. SZANAJDER, N.; DOMINGUEZ, F.V.; CARRARO, J.; LIS, G. Hemorrhagic hemangioma of gingiva: report of a case. J. Periodontol., Chicago, v.44, p.576-582, sept. 1973.
11. THWAITES, M.S.; TATUM, R.C. Hemangiomas: vascular malformation of childhood, report of a case with literature review. Quintessence Int., v.19, n.11, p.841-845, nov. 1988.
12. TOMMASI, A.F. Diagnóstico em patologia bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1985. 575p. Cap. 14. Tumores benignos de tecido mole. p.215-222.
13. TYLDESLEY, W.R. Oral Medicine. Oxford: University Press, 1981. 162p. Cap. 5. White patches: overgrowths and neoplasms. p.81-106.