

# HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LABIO INFERIOR: CASO CLINICO

## CAVERNOUS HEMANGIOMA OF LOWER LIP: CASE REPORT

Henrique José Baldo de **TOLEDO**<sup>1</sup>  
Eni Vaz Franco Lima de **CASTRO**<sup>2</sup>  
Alvimar Lima de **CASTRO**<sup>3</sup>  
Ana Maria Pires **SOUBHIA**<sup>3</sup>  
Francisco Bermal **SALVADOR JÚNIOR**<sup>4</sup>

### RESUMO

*Os autores descrevem um caso clínico de lesão nodular em lábio inferior, em paciente de 74 anos, com características clínicas de benignidade, de coloração arroxeadada, com limites bem definidos e tamanho aproximado de 1,0 x 0,5 cm. Ao exame de vitropressão apresentou um esmaecimento da coloração arroxeadada, permitindo diagnóstico clínico de hemangioma. Em virtude do exame clínico optou-se pela conduta terapêutica de excisão cirúrgica com bisturi convencional e, em controle de 10 meses, não se notaram sinais clínicos de recidiva.*

**UNITERMOS:** Hemangioma; hemangioma cavernoso; trombo.

### INTRODUÇÃO

O hemangioma cavernoso, considerado pela Organização Mundial de Saúde como neoplasia benigna vascular, cuja principal característica é a proliferação de vasos sanguíneos. (SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; CASTRO,<sup>1</sup> 2000) Não é uma lesão exclusiva da boca, podendo se desenvolver em qualquer parte do organismo.

Costuma aparecer como anomalia de desenvolvimento, motivo pelo qual é também chamado de hamartoma, por estar presente, na maioria dos casos, ao nascimento ou nos primeiros anos de vida, (SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; CASTRO,<sup>1</sup> 2000) podendo ocorrer em qualquer idade inclusive com frequência bastante considerável em idosos, na forma de hemangiomatose senil. De acordo com CASTRO<sup>1</sup> (2000), a ocorrência em crianças se revestiria de especial importância quando na localização em região de ventre lingual, que seria sítio de predileção para as varicosidades, comuns em idosos.

Sem predileção por sexo ou raça, se apresenta como mancha ou nódulo arroxeadado, cuja coloração varia de vermelho intenso ao roxo, de acordo com a

localização e a profundidade no tecido, além do grau de congestão do mesmo (REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991). O tamanho é variável dependendo de diversos fatores que incluem, entre outros, idade do paciente e local da lesão. Em geral, é relativamente flácido a palpação, podendo ser circunscrito ou difuso. Mais de 50% dos hemangiomas ocorrem na região de cabeça e pescoço, LING,<sup>5</sup> 1986; GOVRIN-YEHUDAIN et. al.,<sup>4</sup> 1987) sendo que na boca ocorrem principalmente nos lábios, língua e mucosa jugal. REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991; CASTRO,<sup>1</sup> 2000). Na maxila ou na mandíbula ocorrem ocasionalmente hemangiomas centrais (intra-ósseos), criando com frequência dificuldades ao diagnóstico diferencial com outras lesões. (CASTRO,<sup>1</sup> 2000). Nesse aspecto, o presente trabalho tem por objetivo proporcionar elementos clínicos e laboratoriais importantes no diagnóstico do Hemangioma Cavernoso, em contribuição ao estudo.

### CASO CLÍNICO

Paciente J.C., leucoderma, 74 anos, sexo masculino, casado, brasileiro, com queixa principal de "bolha de sangue", localizada no lábio inferior. Foi realizado o exame clínico subjetivo, onde o interrogatório orientado (anamnese) não evidenciou

1 - Aluno do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - FOA - UNESP.

2 - Aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia - FOA - UNESP.

3 - Docentes do Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica - FOA - UNESP.

4 - Aluno do Curso de Graduação em Odontologia da Fundação de Educação e Cultura – Santa Fé do Sul - SP.

nenhuma alteração sistêmica digna de nota. Quanto à evolução, o paciente informou que surgiu após um trauma por mordedura há aproximadamente 30 anos.

Ao exame físico constatou-se lesão discretamente elevada, arroxeadada, bem delimitada de dimensões aproximadamente de 1,0 x 0,5 cm (Figura 1), ovalada, séssil, com superfície lisa e mucosa íntegra. A lesão era indolor e mesmo à manipulação não apresentava qualquer outro sintoma. Realizou-se a vitropressão onde se notou o esmaecimento da coloração arroxeadada (Figura 2), sugerindo o diagnóstico de hemangioma.



Figura 1 – Aspecto clínico inicial: lesão nodular arroxeadada



Figura 2 – Diascopia, com desaparecimento parcial da cor arroxeadada da lesão

A conduta terapêutica adotada foi a realização de remoção cirúrgica com bisturi convencional, cuja peça foi analisada histopatologicamente, onde os cortes examinados exibiam vasos sanguíneos abundantes e tortuosos, de finas paredes, revestidos na maioria deles, por apenas uma camada de células endoteliais, dispostos em um estroma conjuntivo bem vascularizado, com discreto infiltrado inflamatório crônico e alguns feixes musculares próprios da área anatômica (Figura 3). O tecido epitelial de revestimento, tipo pavimentoso estratificado paraqueratinizado, se apresentava íntegro e sem alterações dignas de nota. O quadro microscópico descrito permitiu o diagnóstico definitivo de Hemangioma Caveroso.

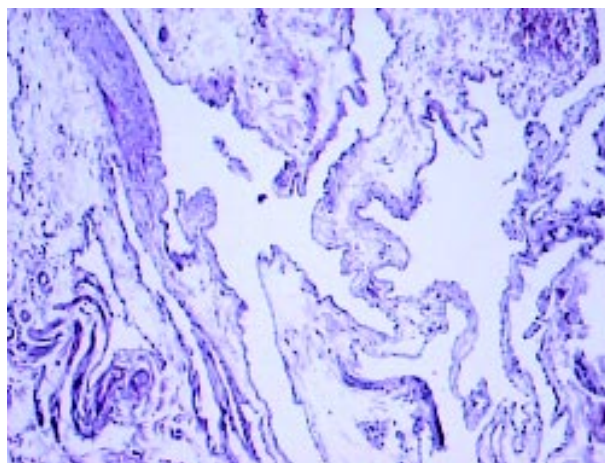


Figura 3 – Fotomicroscopia evidenciando vasos sanguíneos tortuosos de paredes finas

O controle pós-operatório de três semanas, conforme se observa na Figura 4, mostrou evolução cicatricial favorável. No controle após 10 meses, não se evidenciaram sinais de recidiva nem seqüelas estéticas.



Figura 4 – Aspecto cicatricial após 3 semanas da biópsia

## COMENTÁRIOS

O caso clínico descrito apresentava características físicas que possibilitaram, conjuntamente à diascopia o diagnóstico clínico de hemangioma, onde a positividade para hemangioma é indicada pela perda da coloração original da lesão, sugerindo natureza intravascular. A localização em tecido labial possibilitou a manobra semiotécnica, pela facilidade de manipulação. Regiões como gengiva e palato dificultam esta técnica e podem induzir a procedimentos com resultados indesejáveis, entre eles a hemorragia, que pode constituir risco para o paciente.

A realização de punção aspirativa é também considerada, onde a positividade se evidencia pelo conteúdo sanguíneo obtido pela manobra; esta semiotécnica é especialmente importante no caso de não se dispor de outros exames como ressonância magnética e ultra-sonografia. A confirmação final é

feita pela biópsia excisional, que possibilita análise microscópica que evidencia presença de grandes espaços vasculares cheios de sangue. (SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; CAWSON et al.,<sup>2</sup> 1994). Porém, a indicação de uma intervenção cirúrgica tipo hemangioma cavernoso, depende da consideração de fatores como localização e tamanho da lesão, além da experiência profissional em realizar cirurgia em lesões hemorrágicas. (SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; TOMMASI,<sup>12</sup> 1989; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; CASTRO,<sup>1</sup> 2000) A biópsia incisiva está contra-indicada, pelo risco hemorrágico que proporciona.

Quanto ao tratamento, citam-se a radioterapia, (GOMEZ<sup>3</sup>, 1984) eletrocoagulação, (GOMEZ<sup>3</sup>, 1984; LING,<sup>5</sup> 1986) crioterapia, (GOMEZ<sup>3</sup>, 1984; LING,<sup>5</sup> 1986) e embolização, (GOMEZ,<sup>3</sup> 1984; LING,<sup>5</sup> 1986; REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991), parecendo haver consenso quanto à indicação de cirurgia (REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991; GOMEZ<sup>3</sup>, 1984; LING,<sup>5</sup> 1986; SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; TOMMASI,<sup>12</sup> 1989; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; CASTRO,<sup>1</sup> 2000) e escleroterapia, (MINKOW et al.,<sup>6</sup> 1979; GOMEZ<sup>3</sup>, 1984; LING,<sup>5</sup> 1986; GOVRIN-YEHUDAIN et al.,<sup>4</sup> 1987; SHAFER et al.,<sup>10</sup> 1987; TOMMASI,<sup>12</sup> 1989; REGEZI e SCIUBBA,<sup>9</sup> 1991; SILVERMAN,<sup>11</sup> 1991; NEVILLE,<sup>7</sup> 1995; PISTOIA et al.,<sup>8</sup> 1998; WANG et al.,<sup>13</sup> 1998; CASTRO,<sup>1</sup> 2000), neste caso utilizando-se morruato de sódio, psiliato de sódio, solução hipertônica de glicose, tetradecil sulfato de sódio e oleato de etanolamina a 5% (CASTRO,<sup>1</sup> 2000). No presente caso, o tamanho e a localização somados às condições sistêmicas do paciente, permitiram instituir procedimento cirúrgico com bisturi convencional, cujo prognóstico se mostrou favorável, com cicatrização satisfatória da área operada.

#### ABSTRACT

*The authors describe a clinical case of nodular lesion in lower lip, in 74 year-old patient, with clinical benign characteristics, purple surface, with defined limits and approximate size of 1,0 per 0,5 cm that it presented a fainting of the purple coloration to the pression with a transparent glass (like a microscopic blade), allowing clinical diagnosis of cavernous hemangioma, and by virtue of the clinical exam the therapeutic conduct was of surgical excision with conventional bistoury, presenting excellent follow up in control of 10 months, satisfactory aesthetic result without physical signs of recurrence.*

**UNITERMS:** Hemangioma, cavernous hemangioma; thrombosis.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - CASTRO, A. L. **Estomatologia**. 3.ed. São Paulo: Ed. Santos, 2000. 243p.
- 2 - CAWSON, R. A., BINNIE, W. H., EVESON, J. W. **Oral disease**: clinical and pathologic correlation.

- 2.ed. London: Mosby-Wolfe, 1994. 1821p.
- 3 - GOMEZ, Z. Hemangiomas tratamiento: resultado de 15 casos. **Acta Odontol Venez**, v. 22, n. 2, p. 105-120, may./Aug. 1984.
- 4 - GOVRIN-YEHUDAIN, J. et al. Treatment of hemangiomas by sclerosing agents: an experimental and clinical study. **Ann Plast Surg**, v.18, n.6, p.465-469, jun. 1987.
- 5 - LING, K. C. Sclerotherapy of oral haemangioma with 3% sodium tetradecil sulphate: a case report. **Singapore Med J**, v. 27, n. 3, p. 244-246, jun. 1986.
- 6 - MINKOW, B.; LAUFER, D.; GUTMAN, D. Treatment of oral hemangiomas with local sclerosing agents. **Int J Oral Surg**, v. 8, n. 1, p. 18-21, Feb. 1979.
- 7 - NEVILLE, B.W. et al. **Oral & maxillofacial pathology**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1995. 711p.
- 8 - PISTOIA, E. S. et al. Uso de um agente de esclerose química para o tratamento de hemangioma. Relato de caso. **Rev Odonto Ciênc**, v. 13, n. 25, p. 39-48, Jun. 1998.
- 9 - REGEZI, S. A.; SCIUBBA, J. J. Lesões vermelho azuis. In: \_\_\_\_\_. **Patologia bucal: correlações clínicopatológicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.86-90.
- 10 - SHAFER, W. G., HINE, M. K., LEVY, B. M. **Tratado de patologia bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. p.143-144.
- 11 - SILVERMAN, R. A. Hemangiomas and vascular malformations. **Ped Clin North Am**, v. 38, n. 4, p. 811-834, Aug. 1991.
- 12 - TOMMASI, A. F.(Ed.) **Diagnóstico em patologia bucal**. 2.ed. São Paulo: Pancast, 1989. p.247-248.
- 13 - WANG, L. et al. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. **ROBRAC**. v. 7, n. 24, p. 20-22, dez. 1998.

#### Endereço para correspondência

Alvimar Lima de Castro  
Rua José Bonifácio, 1193 - Vila Mendonça  
CEP 16015-050 - Araçatuba - SP  
Tel. (18) 3636-2200  
E-mail: alvimar@foa.unesp.br

Recebido para publicar em 01/07/2003  
Enviado para análise em 05/07/2003  
Aprovado para publicação em 12/12/2003