

Angina bolhosa hemorrágica – uma revisão de 14 casos

Angina bullosa haemorrhagica – a review of 14 cases

Mauricio Roth Volkweis*
Stephania Galeazzi**

Resumo

Objetivo: O propósito do presente estudo é realizar um levantamento de 14 casos de angina bolhosa hemorrágica. Angina bolhosa hemorrágica (ABH) é uma desordem restrita à mucosa bucal, mais comumente encontrada no palato mole, caracterizada pela formação de uma bolha com conteúdo sanguíneo, de etiologia desconhecida e ausência de discrasia sanguínea ou doença vesiculobolhosa associada. Dependendo do volume apresentado e da severidade da lesão, poderá produzir no paciente a sensação de choque, o que motiva o uso do termo angina. O prognóstico da angina bolhosa hemorrágica é bom. O tratamento é sintomático, visando prevenir infecção secundária e favorecer o processo cicatricial da lesão. Métodos: Este é um estudo retrospectivo no qual os autores revisaram quatorze casos de angina bolhosa hemorrágica, através da análise dos prontuários dos pacientes atendidos neste serviço. Resultados: Esta patologia representou 1,5% de todas as lesões observadas durante três anos. A média de idade dos pacientes foi de 53 anos; notou-se prevalência no gênero feminino e o palato mole foi a localização mais comumente acometida. Nenhum paciente apresentou alterações em exames hematológicos de rotina. Conclusões: É possível o estabelecimento de um diagnóstico essencialmente clínico. Exames hematológicos são recomendados para a exclusão de outras patologias. A prescrição de bochechos com clorexidina mostrou-se eficaz como auxiliar do processo de cicatrização.

Palavras-chave: Angina bolhosa hemorrágica. Palato mole.

Introdução

A angina bolhosa hemorrágica (ABH) é uma desordem de etiologia desconhecida caracterizada pela formação aguda de bolhas de conteúdo sanguíneo na mucosa bucal e orofaríngea. As lesões são subepiteliais, indolores, assintomáticas e ocorrem mais comumente no palato mole^{1,2}. Não são atribuídas a discrasias sanguíneas, doenças sistêmicas ou desordens vesiculobolhosas. Trauma local parece ser o maior fator predisponente, mas outros fatores, como o longo tempo de uso de esteroides inalatórios e diabetes mellitus, também podem ser contribuintes^{3,4}.

As bolhas são geralmente desenvolvidas durante as refeições e curam espontaneamente sem a formação de cicatriz em sete a dez dias. A frequência e duração com que ocorrem os episódios variam consideravelmente entre os pacientes⁴. Ambos os sexos são igualmente afetados e a desordem é característica de pessoas mais velhas. A lesão nunca foi documentada em crianças com menos de dez anos de idade^{2,4}.

Embora muitos casos de ABH não requeiram tratamento, possíveis causas devem ser removidas. Algumas lesões podem causar obstrução aguda das vias aéreas, produzindo no paciente a sensação de sufocamento^{4,5}.

O objetivo do presente trabalho é revisar quatorze casos de angina bolhosa hemorrágica observados num serviço de estomatologia durante um período de três anos.

* Especialista, mestre e Doutor, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Especialidades Odontológicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

** Residente em CTBMF, Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Especialidades Odontológicas, Porto Alegre, RS, Brasil.

Relato dos casos clínicos

Foram revisados 879 prontuários, com uma prevalência de 14 casos de angina bolhosa hemorrágica, representando 1,5% do total de lesões diagnosticadas no período de outubro de 2006 a outubro de 2009 no Serviço de Estomatologia do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS. Esta pesquisa é

parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição sob o nº 007/08.

O resultado das informações obtidas está descrito no Quadro 1, que apresenta um resumo de todos os casos descritos. Observa-se que a média de idade dos pacientes foi de 53 anos, sendo o mais jovem com quarenta e o mais idoso com setenta anos. Houve a ocorrência em dez mulheres e quatro homens.

Caso	Sexo	Idade	Localização	Ep.	Evolução	HMP	Medicações crônicas	Exames hematológicos	Tabagismo
1.	F	51	palato mole	2	25 dias	nega	nega	Normais	nega
2.	M	70	palato mole	2	vários anos	HAS	besilato de amlodipina	Normais	nega
3.	F	52	palato mole	1	5 dias	osteoporose	nega	Normais	nega
4.	F	52	palato mole	1	7 dias	HAS, diabetes	captopril, propranolol, hidroclorotiazida	glicose 230 mg/dL	ex-tabagista 12 anos
5.	F	40	palato mole	2	1 ano	HAS	captopril, hidroclorotiazida, amitriptilina	Normais	nega
6.	F	42	palato mole	1	3 dias	Nega	nega	Normais	20 cigarros dia
7.	F	45	palato mole	1	4 dias	alergia a iodo	nega	Normais	ex-tabagista 5 meses
8.	F	45	Lábios	4	1 ano	nega	nega	Normais	10 cigarros dia
9.	F	62	palato mole mucosa jugal	8	6 anos	nega	AAS 100 mg/dia	Normais	ex-tabagista 37 anos
10.	M	64	palato mole	2	6 anos	nega	nega	Normais	ex-tabagista anos 10 nos
11.	F	43	palato mole	2	15 dias	artrite reumatóide	prednisona, amitriptilina, omeprazol	leucocitose 11.000 desvio a direita	nega
12.	M	65	palato mole lábios	1	5 dias	angina pectoris, CA próstata há 10 anos	captopril, warfarin, sinvastatina, hidroclorotiazida, metoprolol	Normais	Nega
13.	M	60	palato mole	1	1 dia	nega	nega	Normais	2 cigarros dia
14.	F	64	palato mole	1	15 dias	HAS	atenolol e AAS 100mg/dia	Normais	ex-tabagista 4 anos

Abreviaturas: F – feminino; M – masculino; Ep. – episódios; HMP – história médica progressa; HAS – hipertensão arterial sistêmica; CA – carcinoma; AAS – ácido acetilsalicílico; Ex – exames.

Quadro 1: Descrição dos casos de angina bolhosa hemorrágica observados nos pacientes do estudo

Observando-se a localização das lesões, percebe-se que onze pacientes desenvolveram a lesão exclusivamente no palato mole (Fig. 1 e 2); um paciente, no palato mole e nos lábios; um, no palato mole e na mucosa jugal, e outro, somente na mucosa dos lábios. Quanto aos episódios de aparecimento da lesão, cinco pacientes tiveram dois episódios; em sete a lesão se manifestou somente uma vez; um paciente teve quatro episódios e um, oito episódios de aparecimento da lesão. O tempo de evolução da enfermidade, entendido como o intervalo entre a primeira ocorrência e a última consulta realizada, foi de 25 dias em um paciente; cinco dias em dois; sete dias em um; um ano em dois; um dia em um; três dias em um; quatro dias em um; seis anos em dois; 15 dias em dois e um paciente relatou apresentar a lesão por vários anos.



Figura 1: Lesão de ABH em palato mole



Figura 2: Aspecto clínico cicatricial de lesão de ABH em palato mole

História positiva de doenças sistêmicas foi observada em oito pacientes. Hipertensão arterial sistêmica foi encontrada em três pacientes, os quais faziam uso de medicação crônica, como besilato de amlodipina, captopril, propranolol, hidroclorotiazida, amitriptilina, atenolol e AAS 100 mg/dia. Um paciente apresentava diabetes mellitus e hipertensão arterial, sendo a taxa de glicose de 230 mg/dL medida no momento da consulta. Osteoporose foi relatada por um indivíduo. Um paciente apresentava artrite reumatoide e leucocitose (11.000/ul) associada. Alergia a iodo foi relatada por um paciente e *angina pectoris* encontrada em outro, o qual fazia uso de captopril, warfarin, sinvastatina, hidroclorotiazida e metoprolol. Três pacientes eram tabagistas; cinco, ex-tabagistas e seis negaram fazer uso do cigarro. Os sintomas mais graves manifestados foram discreta dor ou desconforto e preocupação com o inusitado do fato acontecido.

Discussão

A angina bolhosa hemorrágica é uma condição caracterizada pela rápida formação de uma bolha com conteúdo sanguíneo. Segundo Giuliani et al.⁶ (2002), a ABH frequentemente afeta o palato mole, mas lesões também podem se desenvolver na mucosa bucal, lábio e superfície lateral da língua. Palato duro e gengiva parecem não ser afetados⁶.

ABH afeta homens e mulheres igualmente, de meia idade para mais idosos. De acordo com Bahdam¹ (1967), os pacientes são usualmente do sexo feminino e as bolhas aparecem frequentemente no período menstrual. É relativamente comum e a severidade das lesões pode causar a sensação de choque (daí o termo “angina”)⁵.

Em muitos casos publicados^{3,7,8}, as lesões bolhosas são originadas de um trauma mastigatório leve⁷, uso prolongado de inalantes a base de esteroides^{3,9}, consumo de bebidas quentes¹⁰ e também estão associadas a diabetes melitus⁴. Num estudo realizado por Grispan et al.⁴ (1999), dos 54 casos reportados

de angina bolhosa hemorrágica, em 24 (44,4%) os pacientes tinham diabetes mellitus, hiperglicemia ou histórico familiar de diabetes associado.

Segundo Bahdam¹ (1967), que descreveu as bolhas bucais sanguíneas, elas não são atribuídas a discrasia sanguínea, desordem sistêmica ou desordem vesiculobolhosa (pênfigo, penfigoide)^{1,4}. O mesmo foi observado no presente relato de 14 casos.

Dependendo do volume apresentado, a lesão poderá produzir no paciente a sensação de estar sufocado, obstruindo as vias aéreas^{5,11}. Pahl et al.¹² (2004) relataram um caso de ABH no qual a rápida expansão da bolha causou obstrução da orofaringe. O tamanho da bolha e o sangue na via aérea impediram a visualização da laringe, tendo esta de ser assegurada pela cirurgia de traqueostomia. No presente estudo, nenhum caso de dispneia foi observado.

Lesões da angina bolhosa hemorrágica são semelhantes às de trombocitopenia, mas a contagem sanguínea normal e a função hemostática ajudam a distinguir entre duas desordens. Pênfigo e penfigoide devem ser excluídos, pois diferem histologicamente e tendem a ser associados com anormalidades imunológicas ausentes na ABH⁴. Todos os pacientes acompanhados realizaram exames hematológicos que incluíam provas de coagulação, mas nenhuma alteração neste particular foi observada.

Penfigoide é, provavelmente, a mais comum doença das mucosas com vesiculação subepitelial. Pode ser clinicamente diferenciada da ABH porque pode haver cicatrizes e descamação da membrana mucosa do penfigoide⁸.

Yamamoto et al.¹³ (2006) descrevem a epidermólise bolhosa como diagnóstico diferencial, relatando que apresenta características clínicas semelhantes, porém pode também ser acompanhada de lesões cutâneas.

Segundo Hosain et al.¹⁴ (1991), lesões cutâneas do eritema multiforme, as múltiplas erosões e aparência de crosta hemorrágica nos lábios não devem ser confundidas com angina bolhosa hemorrágica. A cicatrização é geralmente completada em sete a dez dias¹⁵.

A ruptura das bolhas ocorre tipicamente durante as refeições, liberando o conteúdo sanguíneo na boca e deixando a erosão coberta por uma crosta^{4,16}, fato frequentemente relatado pelos pacientes estudados.

O prognóstico da angina bolhosa hemorrágica é bom e somente tratamento paliativo é necessário. Em muitos casos é prescrita clorexidina 0,12-0,20% para bochecho, a fim de prevenir infecção secundária^{17,18}, e analgésicos¹⁹. Entretanto, segundo Hopkins e Walker⁷ (1985), grandes lesões de bolhas sanguíneas deveriam ser incisadas para prevenir extensão que possa causar obstrução da via aérea⁷. Neste estudo, todos os casos foram conduzidos exclusivamente com bochechos de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia, por um minuto, e evoluíram satisfatoriamente, sem intercorrências.

Considerações finais

Com base na literatura e no observado nos casos avaliados, é possível o estabelecimento de um diagnóstico essencialmente clínico, atentando para critérios como faixa etária do paciente, aspecto clínico das lesões, ausência de doenças sistêmicas e lesões vesiculobolhosas na pele e outras mucosas, verificadas tanto na anamnese quanto no exame físico. No entanto, exames hematológicos são recomendados para a exclusão de outras enfermidades. A prescrição de bochechos com clorexidina mostrou-se eficaz como auxiliar do processo de cicatrização.

Abstract

Objective: This article describes 14 cases of angina bullosa haemorrhagica. Angina bullosa haemorrhagica is a pathology restricted to the oral mucosa, commonly observed on the soft palate. It's characterized by a bloody bubble without systemic blood diseases associated nor any other known illness related. The expression angina is used because the lesion can produce a chock sensation in the patient. The prognosis is good and the treatment is only symptomatic, avoiding secondary infection and improving the wound healing. Methods: That is a retrospective study performed on the records of clinical reports of the outpatients clinic in fourteen cases diagnosed as this pathology. Results: This lesion represents 1.5% of all the lesions observed during three years. The average age was 53 years old, prevalence in females and the soft palate is the most commonly gender and anatomical location found. No alteration of blood exams was found in any patient. Conclusion: The clinical diagnosis can be easily achieved. Blood exams are recommended to eliminate the possibility of associated pathologies. Mouthwash with clorexidine was efficient to improve the wound healing.

Key words: Angina bullosa haemorrhagica. Soft palate.

Referências

1. Badham NJ. Blood blisters and the oesophageal cast. *J Laryngol Otol* 1967; 81:791-803.
2. Deblauwe BM, van der Waals I. Blood blisters of the oral mucosa (Angina bullosa haemorrhagica). *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:341.
3. Kirtsching G, Happel R. Stomatopompholyx hemorrhagic. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31:804-5.
4. Grinspan D, Abulafia J, Lanfranchi H. Angina bullosa hemorrhagica. *Int J Dermatol* 1999; 38(7):525-8.
5. Gibson J. Oropharyngeal blood blisters are known as angina bullosa haemorrhagica. *BMJ* 1997; 314(7094):1625.
6. Giuliani M, Favia GF, Miani CM. Angina bullosa haemorrhagica: presentation of eight new cases and a review of the literature. *Oral Dis* 2002; 8:54.
7. Hopkins R, Walker DM. Oral blood blisters: Angina bullosa haemorrhagica. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1985; 23:9.
8. Stephenson P, Lamey PJ, Scully C, Prime SS. Angina bullosa haemorrhagica: clinical and laboratory features in 30 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1987; 63(5):560-5.

9. High AS, Main DMG. Angina bullosa hemorrhagica: a complication of long term steroid inhaler use. *Br Dent J* 1988; 165:176-9.
10. Damm DD, White DK, Brinkok CM. Variations of palatal erythema secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1981; 52:417.
11. Beraldo dos Santos R, Figueiredo MAZ, Oliveira PT, Yurgel LS. Angina bolhosa hemorrágica: um caso incomum. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2001; 6(1):7-10.
12. Pahl C, Yarrow S, Steventon N, Saeed NR, Dyar O. Angina bullosa haemorrhagica presenting as acute upper airway obstruction. *Br J Anaesth* 2004; 92:283-6.
13. Yamamoto K, Fujimoto M, Inoue M, Maeda M, Yamakawa N, Kirita T. Angina bullosa hemorrhagica of the soft palate: report of 11 cases and literature review. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64:1433-6.
14. Hosain SI, Bounds AG, Stanford J. Angina bullosa haemorrhagica causing respiratory obstruction postoperatively. *Anaesthesia* 1991; 46:442.
15. Curran AE, Rivers RW. Angina bullosa hemorrhagica: An unusual problem following periodontal therapy. *J Periodontol* 2000; 71:1770.
16. Ingram CS. Oral blood blisters: Angina bullosa haemorrhagica (ABH). *JNZ Soc Periodontol* 1995; 79:16.
17. Daly CG. Blood blisters of the soft palate in angina bullosa haemorrhagica. Case reports. *Aust Dent J* 1988; 3:400-3.
18. Grinspan D. Hemoflictenosis bucal recidivante. In: *Enfermedades de la boca*, Vol III. Buenos Aires: Mundi; 1976. p.1790-6.
19. Guillot B. Skin reactions to inhaled corticosteroids. Clinical aspects, incidence, avoidance and management. *Am J Clin Dermatol* 2000; 1:107-11.

Endereço para correspondência:

Maurício Roth Volkweis
Rua Dr. Barros Cassal, 513/501
90035-030 Porto Alegre - RS
Fone: (51) 9955 1225
E-mail: mrvolkweis@uol.com.br

Recebido: 15.04.2010 Aceito: 26.10.2010