

O USO DE OLEATO DE MONOETANOLAMINA NO TRATAMENTO DE HEMANGIOMA EM LÁBIO INFERIOR: RELATO DE CASO.

THE USE OF MONOETHANOLAMINE OLEATE IN TREATMENT OF LOWER LIP HEMANGIOMA: CASE REPORT.

Jonathan Ribeiro da Silva¹; Hernando Valentim da Rocha Junior²; Fabrizio Albieri¹; Carlos Fernando Mourão¹; Guto Fidalgo Daumas Moraes¹; Nicolas Homs²

1 - Staff do Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Nova Iguaçu

2- Professor de Cirurgia Bucomaxilofacial da Universidade Federal Fluminense, Nova Friburgo, Brasil.

Unitermos:

etanolamina, escleroterapia, hemangioma.

Key words:

Ethanolamine, sclerotherapy, hemangioma.

RESUMO

Objetivo: Demonstrar a eficiência e segurança da utilização de solução de oleato de monoetanolamina a 5% no tratamento de malformações vasculares na região bucomaxilofacial.

Método: Foi utilizado uma solução de oleato de monoetanolamina a 5% para a realização de escleroterapia em um paciente portador de hemangioma em lábio inferior, em um protocolo de 2ml a cada 7 dias por 4 semanas

Resultados: Houve redução total da lesão após 4 sessões sem nenhuma complicação significativa observada

Conclusão: A escleroterapia realizada com solução de oleato de monoetanolamina a 5% é uma boa opção para os casos de hemangiomas na região bucomaxilofacial, pois apresenta eficiência no tratamento da lesão sem as complicações do tratamento cirúrgico.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate the efficiency and safety of use oleate solution of monoethanolamine to 5% in the treatment of vascular malformations in maxillofacial region.

Method: Solution of monoethanolamine oleate 5% was used to perform sclerotherapy in a patient with hemangioma in lower lip with a protocol of 2ml every 7 days for 4 weeks.

Results: There was total reduction of lesion after 4 sessions without any significant complication observed.

Conclusion: Sclerotherapy performed with 5% monoethanolamine oleate solution is a good option for cases of hemangiomas in the oral and maxillofacial region, because it shows efficiency in the treatment of injury without the complications of surgical treatment.

Autor correspondente

Jonathan Ribeiro da Silva

Estrado do Monan Pequeno, 77, Badu, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil

-Phone: 55 21 964793275 | -Fax: 55 21 35873403

email: bucomaxilofacial@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O hemangioma é tumor benigno do endotélio vascular e é um dos tumores mais comuns da infância¹. Estes são formados devido a uma alteração na morfologia dos vasos sanguíneos, contendo uma camada de sangue revestido por endotélio, podendo existir associações congênitas e síndromicas. Podem ser classificadas como: hemangioma capilar, juvenil, cavernoso e arteriovenoso^{1,2}. O hemangioma capilar é a forma mais comum e apresenta-se em uma formação menor e localizada, enquanto o cavernoso se apresenta como lesões maiores e infiltradas. Clinicamente podem não aparentar diferenças significativas, podendo até existir uma lesão mista^{1,2}.

Estes tumores podem ser definidos como hamartomas congênitos, representados por restos do tecido me-

sodérmico vaso-formativo². São caracterizados por uma fase inicial de rápida proliferação, que é seguido, na maioria dos casos, por involução espontânea³.

Estas malformações vasculares podem afetar não só a superfície cutânea da cabeça e do pescoço, mas também de mucosas³, tendo maior prevalência em mulheres^{4,5}.

A diascopia ou vitropressão é uma forma muito interessante para diagnóstico diferencial, uma vez que essas lesões vasculares podem ser facilmente confundidas por mucocelos, cistos e hematomas. Após a realização da vitropressão, o hemangioma ganha uma aparência esbranquiçada uma vez que o sangue presente nos vasos é comprimido, diferentemente de outras lesões que mantêm a coloração^{6,7}.

Atualmente, as opções terapêuticas para formação venosa são: escleroterapia, cirurgia, cirurgia combinada

com escleroterapia, embolização, crioterapia, eletrocauterização e terapia com laser ^{6,7}.

Na escolha de uma solução esclerosante leva-se em consideração sua eficácia, toxicidade local, facilidade de administração, e resultados satisfatórios em lesões pequenas ^{8,9}.

A intenção desse artigo é demonstrar a eficácia do uso do oleato de monoetanolamina a 5% (Ethamolin®, Zest Farmacêutica Ltda., Rio de Janeiro, RJ) como agente esclerosante, por meio de um caso clínico onde foi possível a regressão total da lesão sem procedimentos cirúrgicos.

CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma, gênero masculino, 44 anos, procurou o serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Geral de Nova Iguaçu apresentando uma lesão sésil de coloração azulada e indolor em região de lábio inferior. (Figura 1) Ao diagnóstico diferencial, foi realizada a vitropressão cujo resultado foi positivo e afastou a possibilidade de se tratar de uma neoplasia epitelial, cisto, mucocele ou hematoma.



Figura 1: Aspecto inicial da lesão.

O tratamento iniciou-se com a infiltração de 2,0 ml de Ethamolin® no interior da lesão. Após a infiltração o paciente relatou ardência e desconforto moderado no local. Foi prescrito Dipirona sódica 500mg durante 03 dias para analgesia pós-operatória. No 7º dia após a primeira infiltração a paciente retornou ao ambulatório com discreta diminuição no volume da lesão. (Figura 2)



Figura 2: Diminuição da lesão após 7 dias da primeira infiltração.

Foi estabelecido um protocolo de infiltração semanal do Ethamolin® até o 28º dia. Após cada sessão de escleroterapia, a paciente relatou sensação de queimação, dor, e edema local, porém sendo controlado com uso de medicação e cuidados locais.

Houve a regressão da lesão, obtendo-se um resultado cosmético satisfatório e excluindo a possibilidade de realização de cirurgia naquele momento. (Figura 3)



Figura 3: Aspecto final após 28 dias e 4 aplicações demonstrando involução da lesão.

DISCUSSÃO

Os agentes esclerosantes podem causar dano às células da parede endotelial e em algumas camadas mais profundas da parede do vaso ¹⁰. Este dano profundo é importante para o sucesso da escleroterapia diminuindo a incidência de recanalização ¹⁰.

Existem três grupos de agentes esclerosantes nos quais possuem um mecanismo de ação distinto, sendo classificados em: detergentes, agentes osmóticos e irritantes químicos ^{10,11}.

Os agentes osmóticos causam desidratação por perturbar o balanço hídrico celular causando assim dano às células endoteliais. A camada mural não-celular do vaso também pode ser afetada diminuindo a chance de recanalização^{10,12}.

A glicose hipertônica é uma solução osmótica considerada mais suave e menos capaz de produzir efeitos colaterais quando comparada aos agentes detergentes^{12,13}.

Como principais vantagens da utilização da glicose como solução esclerosante podemos ressaltar: a segurança, por ser um agente orgânico não produzindo reações alérgicas, a fácil obtenção, e o baixo custo¹². Uma desvantagem citada é o ardor causado ao se administrar por via intravascular, e o resultado questionável pela pouca quantidade de trabalhos utilizando esta substância^{13,14}.

O oleato de monoetanolamina apresenta bons resultados para lesões na região bucomaxilofacial, já que estas lesões normalmente são de diâmetro menor quando comparado com os hemangiomas de outras áreas do corpo^{10,15}. O sucesso dessa terapia minimiza a morbidade e o custo dos tratamentos cirúrgicos, evitando complicações como cicatriz, hemorragias, e parestesias, dependendo do tamanho e da localização da lesão².

Mesmo sendo uma alternativa menos invasiva para o tratamento dos hemangiomas, a terapia com agentes esclerosantes pode apresentar contra-indicações como: gravidez, histórico de hipercoagulabilidade, arteriopatas isquêmicas, estados infecciosos, patologia oncológica ativa, diabetes descompensado e alergia ao agente esclerosante escolhido^{10,16}.

CONCLUSÃO

A realização da terapia esclerosante requer um equipamento mínimo sendo um tratamento no qual o resultado depende da resposta de cada paciente e da quantidade de sessões necessárias em cada caso.

O uso do oleato de monoetanolamina como agente esclerosante demonstrou ser uma escolha eficaz para hemangiomas da região bucomaxilofacial, com mínimas complicações associadas ao seu uso.

É importante ressaltar que a recorrência das lesões de má formação vascular é uma realidade e não existe um tratamento protocolado para tal. É possível ocorrer associações de terapia respeitando as peculiaridades de cada lesão e paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Assis GM. Hemangioma de língua: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. v.9, n.2, p.59 - 66, abr. /jun. 2009.
2. Ribas M H. Hemangioma bucal: Escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão da literatura e relato de caso. Ver. de Clín. Pesq. Odontol., v1, n.2, out/dez. 2004.

3. Edgerton MT. The treatment of hemangiomas: with special reference to the role of steroid therapy. Ann Surg 1976;183:517-532.
4. Malik V, Tyagi I, Varma A, Phadke RV. Use of the direct puncture technique in management of capillary-venous malformations: case report. BMC Ear Nose Throat Disord 2002;2:1.
5. Silva FM,. Hemangioma. Faculdade de Odontologia de Lins.vol. 12 n 1 e 2 jan /dez. 2000.
6. Assis GM. Hemangioma de língua: Relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe. v.9, n.2, p.59 - 66, abr. /jun. 2009.
7. Johann et al. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamine oleate: An open clinical trial with 30 lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100:579-84.
8. Das BK, Hoque S. Treatment of venous malformations with ethanolamine oleate. Asian J Surg 2008;31:220-224.
9. Liu Y, Liu D, Wang Y, Zhang W, Zhao F. Clinical study of sclerotherapy of maxillofacial venous malformation using absolute ethanol and pingyangmycin. J Oral Maxillofac Surg 2009;67:98-104.
10. Nishikawa M, Sakamoto K, Hidaka M, et al: Venous malformation of the tongue in a child treated by sclerotherapy with ethanolamine oleate: A case report. J Pediatr Surg 41:599, 2006
11. Sadick N, Li C. Small-vessel sclerotherapy. Dermatol Clin 2001;19:475-481
12. Belczak CEQ, Godoy JMP, Neto JB, Cunha AGP, SQ. B. Variação da glicemia após sessão de escleroterapia realizada com 10 ml de glicose hipertônica a 75%. J Vasc Br 2004;3:127-130.
13. Gaspar R, Angotti C, Medeiros F. Tratamento combinado da cirurgia de varizes com a escleroterapia de telangiectasias dos membros inferiores no mesmo ato. J. vasc. bras. 2006;5:53-57.
14. Pitta G, Castro A, Burihan E. Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado: UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003.
15. Paraguassu GM, Neto FPS, Dias SL, et al: Escleroterapia de hemangioma bucal com oleato de monoetanolamina: Revisão de literatura e relato de casos. Rev Fac Odontol Univ Fed Bahia 34:45, 2007
16. Figueiredo et al. Extensive Gingival Hemangioma. J Oral Maxillofac Surg 2012