



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**ANÁLISE CLÍNICA DE LESÕES VASCULARES BUCAIS TRATADAS  
CIRURGICAMENTE**

**CLINICAL ANALYSIS OF ORAL VASCULAR LESIONS TREATED  
SURGICALLY**

**DIEGO TETZNER FERNANDES**

**PIRACICABA/SP**

**2013**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



**DIEGO TETZNER FERNANDES**

**ANÁLISE CLÍNICA E DE LESÕES VASCULARES BUCAIS  
TRATADAS CIRURGICAMENTE**

**CLINICAL ANALYSIS OF ORAL VASCULAR LESIONS TREATED  
SURGICALLY**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Odontologia.

**Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Marcio Ajudarte Lopes**

**PIRACICABA/SP**

**2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

F391a Fernandes, Diego Tetzner, 1990-  
Análise clínica de lesões vasculares bucais tratadas  
cirurgicamente / Diego Tetzner Fernandes. --  
Piracicaba, SP: [s.n.], 2013.

Orientador: Márcio Ajudarte Lopes.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Hemangioma. 2. Varizes. 3. Lesões do sistema  
vascular. I. Lopes, Márcio Ajudarte, 1967- II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais e meus irmãos por todo amor, carinho e dedicação em todos os momentos da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me proporcionar tantas conquistas e oportunidades.

Agradeço aos meus pais e irmãos pela formação do meu caráter, apoio, presença e paciência em mais uma etapa da minha vida.

Agradeço aos meus familiares e a todos os meus amigos que acreditaram e me apoiaram, tornando os momentos de alegria inesquecíveis e os momentos difíceis mais amenos.

Agradeço a Faculdade de Odontologia de Piracicaba, professores, funcionários e pacientes, pelo crescimento pessoal e profissional adquirido nesses anos e àquele que com atenção, paciência e incentivo me ajudou a desenvolver e concluir esse trabalho, meu orientador Prof<sup>º</sup> Dr. Marcio Ajudarte Lopes, pessoa a qual sempre admirarei e tomarei como exemplo.

“Disciplina é liberdade. Compaixão é fortaleza. Ter bondade é ter coragem.”

(Renato Russo)

## RESUMO

Hemangioma, malformação vascular e variz são lesões vasculares benignas comuns na região de cabeça e pescoço. Estudos sobre a prevalência e características dessas lesões em boca são escassos. O objetivo deste trabalho foi descrever os aspectos clínicos das lesões vasculares removidas cirurgicamente nos pacientes do Orocentro da FOP – UNICAMP. No Período de 1990 a 2010 foram admitidos para atendimento aproximadamente treze mil pacientes e cerca de 486 (3,7%) apresentaram lesões vasculares orais. Destes, 103 foram tratados cirurgicamente, sendo 99 submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo e 4 tratados com associação de escleroterapia e cirurgia. De acordo com o diagnóstico histopatológico das lesões tratadas cirurgicamente, a lesão mais freqüente foi o hemangioma, com 63 casos (62%), seguida por varizes com 32 casos (31%). A faixa etária mais acometida pelas lesões foi entre 40 e 70 anos (60%). Não houve predileção por gênero. Oitenta e quatro por cento dos pacientes eram brancos. O tipo de queixa mais comum foi o aumento de volume (52%), sendo o tempo de queixa variável e as lesões predominantemente assintomáticas (83%). Setenta e nove por cento apresentaram um aspecto clínico nodular e tamanho menor que um centímetro (78%). A localização mais comum foi encontrada nos lábios (50%), mucosa jugal (15%) e língua (12%). O tratamento cirúrgico foi realizado em 94% dos casos, sendo que em 81% houve regressão total da lesão, evidenciando a eficácia deste tratamento para este tipo de lesão quando corretamente empregado. Com isso, concluímos que lesões vasculares ocorrem em pacientes com diversas idades sem predileção por gênero. Clinicamente apresentam-se como um aumento de volume nodular, assintomático, de tamanho variável e são localizadas mais freqüentemente em lábios, mucosa jugal e língua. O tratamento cirúrgico mostrou-se eficaz para esse tipo de lesão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hemangioma; Varizes; Lesões vasculares

## ABSTRACT

Hemangioma, vascular malformation and varix are common benign vascular lesions in the head and neck. Studies on the prevalence and characteristics of these lesions in the mouth are scarce. The aim of this study was to describe the clinical features of vascular lesions surgically removed in patients from the Orocentro FOP - UNICAMP. In the period 1990-2010 were admitted about thirteen thousand patients and about 486 (3.7%) had vascular oral lesions. Of these, 103 were treated surgically, and 99 underwent surgical treatment alone and 4 were treated with a combination of sclerotherapy and surgery. According to the histopathologic diagnosis of surgically treated lesions, the most frequent lesion was hemangioma, with 63 cases (62%), followed by varices in 32 cases (31%). The age group most affected by the lesions was between 40 and 70 years (60%). There was no gender predilection. Eighty four percent of patients were white. The most common type of complaint was the volume increase (52%), time of complaint was variable and lesions were predominantly asymptomatic (83%). Seventy nine percent had nodular clinical appearance and size smaller than one centimeter (78%). The most common location was found in the lips (50%), buccal mucosa (15%) and tongue (12%). Surgical treatment was performed in 94% of cases, and in 81% there was complete regression of the lesion, indicating the effectiveness of this treatment for this type of injury when properly employed. Thus, we conclude that vascular lesions occur in patients with various ages with no predilection for gender. Clinically it presents as nodular, asymptomatic, of variable size and are frequently located in the lips, buccal mucosa and tongue. Surgical treatment was effective for this type of injury.

**Keywords:** Hemangioma, Varix, Vascular lesions

## SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Revisão de Literatura	11
3. Proposição	15
4. Material e Métodos	16
5. Resultados	17
6. Discussão	25
7. Conclusão	28
Referências Bibliográficas	29
Apêndice	34
Anexo 1 - Termo de Concordância do Orientador	35
Anexo 2 – Declaração do Comitê de Ética	36
Anexo 3 - Termo de Aceitação de Indicação de Bolsista Iniciação Científica	37

## 1. Introdução

Lesões vasculares benignas são relativamente comuns na cavidade oral. Estas lesões são basicamente divididas entre malformações vasculares, hemangiomas e varizes. Entretanto, a classificação e nomenclatura dessas lesões ainda é muito divergente e confusa. A própria definição de hemangioma pode ser encontrada como uma neoplasia vascular benigna, um hamartoma, ou até mesmo uma malformação vascular. Essas lesões podem estar presentes ao nascimento ou se desenvolver na primeira infância ou na fase adulta. Histologicamente o hemangioma é basicamente caracterizado por uma proliferação endotelial e pela dilatação do lúmen vascular, podendo ser classificado como capilar, cavernoso ou misto. A principal queixa dos pacientes portadores de hemangiomas é o distúrbio estético. Dependendo do tamanho e da localização, podem ocasionar assimetria facial ou interferir na fala ou deglutição. Nas lesões orais, os tratamentos com agentes esclerosantes e a excisão cirúrgica são os mais utilizados. No entanto, é de fundamental importância que se faça um correto diagnóstico, enfocando o diferencial com outras lesões, permitindo a execução de uma conduta adequada. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi descrever as características clínicas dos pacientes com lesões vasculares orais tratados em nossa instituição entre o período de 1990 e 2010, visando melhorar o conhecimento e conduta.

## 2. Revisão de Literatura

Hemangiomas, malformações vasculares e varizes são lesões benignas de vasos sanguíneos relativamente comuns na região de cabeça e pescoço. Entretanto, a classificação e nomenclatura dessas lesões vasculares benignas são divergentes e confusas, sendo a palavra hemangioma amplamente utilizada na literatura médica e dentária, com referência a uma variedade de diferentes anomalias vasculares. Alguns autores definem hemangioma como uma neoplasia vascular benigna, geralmente congênita, com tendência à involução espontânea durante os primeiros anos de vida (Wang et al., 1998). Outros consideram hemangiomas como hamartomas e não como verdadeiras neoplasias (Rocha et al., 2000; Costa Filho et al., 2011). Pode ser encontrado também, como um termo clínico que designa tanto uma neoplasia benigna como uma malformação de origem endotelial (Neville et al., 1998; Mertens et al., 2002; Marcucci, 2005; Alves et al., 2006).

Mulliken e Glowacki (1982) descreveram essas lesões em duas grandes categorias. Malformações vasculares, como lesões relacionadas a uma anormalidade de desenvolvimento embrionário e, assim, consideradas como uma anomalia estrutural que geralmente aparece no nascimento e possui “turnover” endotelial normal de acordo com o crescimento do indivíduo, sem resolução espontânea. Hemangiomas, sendo caracterizados em três fases: fase proliferativa, fase de involução, e fase involuída. A fase proliferativa corresponde ao período de crescimento rápido, ocorrendo entre o nascimento e um ano de idade, onde pode ser observada alta atividade celular, enquanto que a fase de involução é relacionada com um período de regressão (1-7 anos de idade).

Os hemangiomas basicamente se desenvolvem na infância, podendo também afetar ocasionalmente indivíduos mais idosos. Já o hemangioma congênito, presente ao nascimento, pode tornar-se mais evidente ao longo da vida (Enzinger et al., 1995), sendo este, portanto, dificilmente diferenciado de uma malformação vascular. Sua etiologia ainda é incerta, no entanto tem sido descrito que estímulos endócrinos e inflamatórios podem ativar essa má-formação vascular (Barret et al., 2000).

As regiões orais mais afetadas são os lábios, língua, mucosa jugal, gengivas, palato e mais raramente os ossos maxilares (Wang et al., 1998). Existe

maior prevalência no sexo feminino (65%), gêmeos e crianças prematuras (Neville et al., 1998; Rocha et al., 2000; Gampper et al., 2002; Gomboset al., 2008; Dilsizet al., 2009).

Clinicamente, as lesões vasculares são geralmente assintomáticas e variam de tamanho de alguns milímetros a vários centímetros, podendo causar uma assimetria facial. A coloração pode variar do vermelho ao roxo, de acordo com a localização e a profundidade da invasão tecidual, bem como o grau de congestão vascular da área afetada (Corrêa et al., 2007; Fonseca Junior et al., 2008). Os hemangiomas podem apresentar-se planos ou elevados, com superfície lisa ou nodular, com bordas delimitadas, séssil ou pedunculado, e de consistência amolecida a palpação. Podem ser pulsáteis, com uma temperatura mais elevada que os tecidos adjacentes. À compressão por uma lâmina de vidro, o hemangioma tende a adquirir uma coloração mais pálida e diminuição de tamanho devido ao esvaziamento vascular. Sendo assim, a diascopia pode ser utilizada como auxiliar no estabelecimento do diagnóstico diferencial. A aspiração da lesão também pode ser usada para estabelecer o diagnóstico, sendo observado um líquido denso, vermelho-escuro, com aspecto de sangue (Wang et al., 1998; Donnelly et al., 2000; Rocha et al., 2000; Neville et al., 2002).

Histologicamente o hemangioma é basicamente caracterizado por uma proliferação endotelial e pela dilatação do lúmen vascular, classificado em capilar, cavernoso ou misto (Enjolras et al., 1997; Johann et al., 2005). O hemangioma capilar é a forma mais freqüente, podendo ser congênito ou de origem traumática, com tendência à involução espontânea durante os primeiros anos de vida. Ao exame microscópico, é composto por uma proliferação de pequenos capilares revestidas por uma única camada de células endoteliais apoiado em um estroma de tecido conjuntivo de densidade variável, localizados superficialmente na pele ou na mucosa. A forma cavernosa é menos frequente, é mais profundo e não costuma regredir. Caracteriza-se pela presença de proliferação de vasos com diâmetros mais amplos com paredes finas ou sinusóides separados por uma camada fina de tecido conjuntivo. Microscopicamente apresenta grandes seios, revestidos por única camada endotelial, podendo apresentar um componente capilar na superfície e um cavernoso nas porções profundas da lesão.

Hemangiomas mistos podem conter ambos os componentes e podem ser mais comuns do que os hemangiomas cavernosos. Os hemangiomas capilares orais podem representar hemangiomas proliferativos, enquanto que os cavernosos podem tratar-se de hemangiomas proliferativos em fase de regressão ou de uma malformação vascular (Rocha et al., 2000; Neville et al., 2002).

Os hemangiomas intra-ósseos representam menos de 1%, a maior parte dos casos ocorrendo na região de cabeça e pescoço. Costuma apresentar uma imagem radiográfica radiolúcida única ou multilocular, com aspecto de favos de mel, semelhante a alguns cistos. Podem estar presentes nas bordas, espículas ósseas em forma de raio de sol, mimetizando um osteossarcoma. Por isso é sempre prudente a aspiração de lesões intra-ósseas radiolúcidas. A mandíbula apresenta-se mais afetada do que a maxila, numa proporção de 2:1. Clinicamente pode apresentar diferentes formas. Geralmente ocorre um aumento de volume indolor e de consistência dura, que pode provocar assimetria facial. Em outros casos, pode ocorrer dor ou sangramento gengival em torno dos dentes localizados na região da lesão (Wang et al., 1998; Tommasi et al., 2002).

Ao contrário dos hemangiomas, as varizes são mais frequentes em pessoas adultas com mais de 60 anos, sendo a idade um fator predisponente, bem como o afrouxamento do tecido e aumento da pressão venosa. A variz sublingual é o tipo mais comum, e aparece com uma coloração roxo-azulada, em nódulos únicos ou múltiplos em borda lateral de língua. Também pode ocorrer, embora com menos frequência, nos lábios e na mucosa oral. Histologicamente é caracterizada por uma veia normal extensa e tortuosa, coberta por um endotélio. No entanto, quando presente uma trombose secundária, o lúmen vascular tende a conter camadas concêntricas de eritrócitos e plaquetas, conhecidas como estrias de Zahn. Geralmente é assintomática, não exigindo tratamento. Lesões isoladas que podem causar alguma alteração, principalmente estética, podem ser tratadas por cirurgia ou esclerose (Kleinman, 1967; Southam et al., 1974; Neville et al., 2002).

A principal queixa dos pacientes portadores de hemangiomas é o distúrbio estético. Dependendo do tamanho e da localização, podem ocasionar assimetria facial ou interferir na função dos órgãos envolvidos. Quando localizados no assoalho da boca, essas lesões causam problemas funcionais, associados à mastigação, deglutição e fala (Rocha et al., 2000). Em alguns casos, o crescimento progressivo

da lesão pode facilitar injúrias traumáticas locais, causando dor, ulcerações, sangramentos, infecção secundária, deformação de tecidos, podendo também, levar à compressão das estruturas circundantes. Com isso, é fundamental que se faça um correto diagnóstico clínico, enfocando o diferencial com outras lesões. A diascopia e a punção constituem-se de manobras eficazes para tal diferenciação, assim como em alguns casos, exames complementares de imagens como a ressonância nuclear magnética, a ultrassonografia, e a tomografia computadorizada podem permitir um adequado planejamento e tratamento (Enjolrasetet et al., 1993; Jackson et al., 1993; Donnelly et al., 2000; Zanettini et al., 2005; Aaron et al., 2011; Costa Filho et al., 2011).

Para o tratamento das lesões vasculares benignas, algumas características devem ser consideradas, como o tamanho, a localização, a idade do paciente, a hemodinâmica da lesão (fluxo sanguíneo rápido ou lento), além do diagnóstico e da viabilidade da técnica a ser utilizada (Wang et al., 1998). Nas lesões orais, o tratamento com agentes esclerosantes e a excisão cirúrgica são os mais utilizados. A laserterapia, a crioterapia, a eletrocauterização, o uso de corticóides, e a embolização nos casos de lesões maiores, também são citados e descritos na literatura (Assis et al., 2009; Seo et al., 2009; Loureiro et al., 2010).

De acordo com Gómez-Oliveira et al. (2008), o tratamento dessas lesões somente é indicado em condições de deformações que causam alterações estética do paciente, presença de sangramento constante, e de massa palpável. Nos casos assintomáticos e na ausência de transtornos, a proervação é a melhor conduta.

Os hemangiomas são lesões que normalmente não recidivam quando a terapêutica correta é instituída. Para este resultado, impõe-se um diagnóstico e tratamento preciso

### **3. Proposição**

Este trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas das lesões vasculares removidas cirurgicamente nos pacientes do Orocentro da FOP – UNICAMP para proporcionar um melhor conhecimento e propiciar melhorias na conduta de tratamento dessas lesões.

#### **4. Material e Métodos**

No Período de 1990 a 2010 foram admitidos para atendimento no Orocentro da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, aproximadamente treze mil pacientes. O Levantamento mostrou que 486 pacientes apresentaram lesões vasculares orais.

As informações referentes à idade, gênero, cor da pele, condição médica, tipo e tempo de queixa, hipótese de diagnóstico, presença de tratamento prévio, sintomatologia, localização, tamanho e aspecto clínico da lesão, tipo de tratamento empregado, resultado apresentado, diagnóstico final e o seguimento após o término do tratamento foram coletadas do material de Arquivos dos pacientes do Orocentro em fichas padronizadas e posteriormente tabuladas (Apêndice).

Sendo assim, não existirá nenhum risco ou contato direto com os pacientes envolvidos na pesquisa, visto que serão utilizadas informações dos prontuários clínicos.

## 5. Resultados

No Período de 1990 a 2010 foram admitidos para atendimento no Orocentro da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, aproximadamente treze mil pacientes. O levantamento feito para o presente trabalho mostrou que cerca de 486 pacientes apresentaram lesões vasculares orais. Destes, 103 foram tratados cirurgicamente, sendo 99 submetidos ao tratamento cirúrgico exclusivo e 4 tratados com associação de escleroterapia e cirurgia.

Dos 103 pacientes tratados cirurgicamente, foram coletadas informações referentes à idade, gênero, cor da pele, tipo e tempo de queixa, hipótese de diagnóstico, presença de tratamento prévio, sintomatologia, localização, tamanho e aspecto clínico da lesão, tipo de tratamento empregado, diagnóstico final e o seguimento após o término do tratamento, de acordo com um questionário padronizado (Apêndice).

A faixa etária mais acometida pelas lesões foi de 61 a 70 anos, correspondente a 25 pacientes (24%), seguida por pacientes entre 41 e 50 anos (20 pacientes, 19%) e de 51 a 60 anos (18 pacientes, 17%). As faixas etárias menos acometidas foram inferior a 10 anos (4 pacientes, 4%) e acima de 70 anos (8 pacientes, 8%).

Quanto ao gênero, 55 pacientes eram do gênero masculino (53%) e 48 do feminino (47%). Com relação a cor de pele, os pacientes brancos foram os mais frequentes (87 pacientes, 84%), seguidos por 5 pacientes negros (5%) e 11 de outras cores de pele (11%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes de acordo com a idade, gênero e cor de pele.

		<i>n</i>	%
<b>Idade</b>	<10	4	4%
	11 a 20	5	5%
	21 a 30	14	14%
	31 a 40	9	9%
	41 a 50	20	19%
	51 a 60	18	17%
	61 a 70	25	24%
	>70	8	8%
<b>Gênero</b>	Masculino	55	53%
	Feminino	48	47%
<b>Cor de Pele</b>	Branco	87	84%
	Negro	5	5%
	Outros	11	11%
<b>Total</b>		103	100%

Aumento de volume foi a queixa mais comum, sendo relatada por 54 pacientes (52%), seguida por mancha (15 pacientes, 15%). Em 10 pacientes (10%) as lesões foram achados de rotina, quatro (4%) queixaram-se de um aumento de volume associado a sangramento, três pacientes (3%) de uma ferida, dois pacientes (2%) de um aumento de volume associado a uma mancha, dois queixaram-se (2%) de aumento de volume e dor, dois pacientes (2%) de dor e sangramento, dois (2%) de bolha e apenas um (1%) queixou-se de sangramento. Outros tipos de queixas foram relatados por dois pacientes (2%) e para 6 pacientes (6%) esta informação não se encontrava disponível no prontuário clínico (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo tipode queixa.

<b>Tipo de Queixa</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Aumento de volume	54	52%
Mancha	15	15%
Achado de rotina	10	10%
Aumento de volume / Sangramento	4	4%
Aumento de volume / Mancha	2	2%
Aumento de volume / Dor	2	2%
Dor / Sangramento	2	2%
Ferida	3	3%
Bolha	2	2%
Sangramento	1	1%
Outros	2	2%
Não disponível	6	6%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

O tempo de queixa mais comum foi o correspondente a igual ou menor a 1 mês, relatado por 17 pacientes (17%), assim como o tempo maior que 3 e menor ou igual a 6 meses, também relatado por outros 17 pacientes (17%). Tempo de queixa maior que 48 meses foi relatado por 22 pacientes (22%). Seis pacientes (6%) não souberam dizer o tempo decorrente da presença da lesão, classificado como tempo desconhecido. Dois pacientes (2%) tiveram lesões congênitas e 2 não tinham o tempo de queixa disponível no prontuário clínico (2%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos pacientes de acordo com o tempo de queixa em meses.

<b>Tempo de queixa (meses)</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Congênito	2	2%
≤1	17	17%
>1 a ≤3	10	10%
>3 a ≤6	17	17%
>6 a ≤12	11	11%
>12 a ≤24	8	8%
>24 a ≤48	8	8%
>48 a ≤96	11	11%
>96	11	11%
Desconhecido	6	6%
Não disponível	2	2%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

De acordo com a localização, as lesões foram mais comuns no lábio inferior (34 pacientes, 33%), seguido pelo lábio superior (17 pacientes, 17%), mucosa jugal (15 pacientes 15%) e língua (12 pacientes, 12%). Outros locais menos frequentemente afetados foram retrocomissura (7 pacientes, 7%), palato duro (5 pacientes, 5%), assoalho bucal (3 pacientes, 3%), fundo de sulco (3 pacientes, 3%) e rebordo superior (2 pacientes, 2%). Rebordo inferior, lábio inferior e mucosa jugal, lábio superior e mucosa jugal, rebordo alveolar e palato mole foram envolvidos em 1 paciente (1%) (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos pacientes de acordo com a localização da lesão.

<b>Localização da lesão</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Lábio inferior	34	33%
Lábio superior	17	17%
Mucosa jugal	15	15%
Língua	12	12%
Retrocomissura	7	7%
Palato duro	5	5%
Assoalho bucal	3	3%
Fundo de sulco	3	3%
Rebordo superior	2	2%
Rebordo inferior	1	1%
Lábio inferior / Mucosa jugal	1	1%
Lábio superior / Mucosa jugal	1	1%
Rebordo alveolar	1	1%
Palato mole	1	1%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

De acordo com o aspecto clínico, a grande maioria foi classificada como nódulo, correspondente a 81 lesões (79%). Outros aspectos menos frequentes foram mancha (8%), bolha (5%) e pápula (2%). Nódulo submucoso, placa, ulceração, mancha ulcerada e aumento de volume ulcerado foram observados em um caso cada (1%). Dois prontuários não possuíam o aspecto clínico da lesão disponível (2%). Das lesões vasculares tabuladas, 86 não possuíam sintomatologia (83%) e 13 foram relatadas como dor discreta (13%), enquanto que 4 não possuíam esse dado disponível (4%) (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos pacientes de acordo com o aspecto clínico e a sintomatologia das lesões.

		<i>n</i>	%
<b>Aspecto clínico</b>	Nódulo	81	79%
	Mancha	8	8%
	Bolha	5	5%
	Pápula	2	2%
	Nódulo submucoso	1	1%
	Placa	1	1%
	Ulceração	1	1%
	Ulceração / Mancha	1	1%
	Ulceração / Aumento de volume	1	1%
	Não disponível	2	2%
<b>Sintomatologia</b>	Assintomático	86	83%
	Dor	13	13%
	Não disponível	4	4%
<b>Total</b>		103	100%

O tamanho das lesões foi tabulado da seguinte maneira: cinquenta e nove possuíam 0,5 cm ou menos (57% das lesões), vinte e duas entre 0,5 e 1,0 cm (21%), oito entre 2,5 e 3 cm (8%), sete entre 1,0 e 1,5 cm (7%), cinco entre 1,5 e 2,0 cm (5%) e 2 lesões possuíam tamanho maior que 3,0 cm (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos pacientes de acordo com o tamanho da lesão em cm.

<b>Tamanho da lesão (cm)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
≤0,5	59	57%
>0,5 a ≤1	22	21%
>1 a ≤1,5	7	7%
>1,5 a ≤2	5	5%
>2 a ≤2,5	0	0%
>2,5 a ≤3	8	8%
>3	2	2%
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

O tipo de tratamento mais realizado foi cirúrgico exclusivo (99 lesões, 96%). Quatro lesões foram tratadas com associação de escleroterapia e posterior remoção cirúrgica (4%). Oitenta e três lesões regrediram totalmente (81%). Em um paciente (1%) a resposta ao tratamento foi relatada como regressão parcial e em outros 19 pacientes (18%), o resultado final não estava disponível no prontuário (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos pacientes de acordo com o tipo de tratamento e o resultado final

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipode Tratamento</b>	Cirúrgico	99	96%
	Cirúrgico e Escleroterapia	4	4%
<b>Resultado Final</b>	Regressão total	83	81%
	Regressão parcial	1	1%
	Não disponível	19	18%
<b>Total</b>		<b>103</b>	<b>100%</b>

Com relação a análise microscópica, a maioria das lesões foi diagnosticada como hemangioma (46 lesões, 45%), seguido por 32 varizes (31%). Outras 8 lesões

foram classificadas como hemangiomas capilares (8%), cinco como hemangiomas cavernosos (5%), 4 como trombos (4%), dois como hemangiolinfangiomas (2%), dois como hemangiomastrombosados (2%) e uma como variz trombosada (1%). Em 3 lesões não havia laudo histopatológico disponível (3%).

Tabela 8: Distribuição dos pacientes de acordo com diagnóstico final histopatológico

Diagnóstico final	n	%
Hemangioma	46	45%
Variz	32	31%
Hemangioma capilar	8	8%
Hemangioma cavernoso	5	5%
Trombo	4	4%
Hemangiolinfangioma	2	2%
Hemangioma com trombo	2	2%
Variz com trombo	1	1%
Não disponível	3	3%
Total	103	100%

## 6. Discussão

Além de escassos, a maioria dos estudos sobre lesões vasculares benignas orais não utilizam um padrão corriqueiro de classificação dessas lesões, como o sugerido por Mulliken, Glowacki (1982). Com isso, a diferença de dados epidemiológicos sobre estas doenças são comuns. Entretanto, o conhecimento e distinção dessas lesões são importantes para uma correta conduta no tratamento.

Foi observado que as lesões vasculares representaram cerca de 3,7% de todas as lesões diagnosticadas no serviço de diagnóstico oral da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, no período de 1990 a 2010, sendo o hemangioma a lesão mais prevalente (62%), seguido por variz (31%). O estudo epidemiológico de Corrêa PH et al. (2007), mostrou uma maior prevalência de varizes orais (65,6%), seguida por 20,1% de malformações vasculares e 14,3% de hemangiomas. Entretanto, neste trabalho foram incluídas varizes de ventre de língua, diferente do nosso estudo que não contabilizou esta variação da normalidade frequentemente observada em pacientes idosos. No estudo de Corbet et al. (1994), hemangiomas orais representaram 2% das lesões de mucosa oral em pacientes chineses com idade entre 65 e 74 anos. Al-Khateeb et al. (2003), em um estudo com crianças com idade inferior a 19 anos, com tumores orais e maxilofaciais, relatou uma frequência relativa de 0,9% para hemangiomas. Paltielet et al. (2000) em seu trabalho relatou uma frequência relativa de anomalias vasculares não exclusivamente orais, onde lesões de hemangiomas foi predominante em 53% dos casos, enquanto que 56% eram malformações vasculares.

Jainkittivong et al. (2002) observaram que varizes orais representavam 59,6% das lesões da mucosa bucal diagnosticados em pacientes com mais de 60 anos. Kovac-Kovacic, Skaleric (2000) encontraram uma frequência relativa de 16,2% para varizes orais, com maior frequência (93%) em pacientes entre a sétima e oitava décadas de vida. Ettinger, Manderson (1974) também observaram uma maior ocorrência de varizes orais com o aumento da idade, afirmando que, com ele, o afrouxamento dos tecidos ocorre, o que é um importante fator no desenvolvimento dessas lesões. A incidência desta alteração no estudo de Corrêa PH et al. (2007) foi de 70,2% em pacientes com mais de 60 anos, semelhante à observada por

Bean(1952, 1956), e Miles (1972). De acordo com Kovac-Kovacic e Skaleric (2000), variz oral é mais comum em pacientes entre 51 e 60 anos.

No estudo de Corrêa PH et al. (2007) as lesões de hemangiomas e malformações vasculares foram encontradas em uma ampla faixa etária, assim como no nosso estudo. Isso pode ser explicado pela natureza e pelo comportamento clínico das lesões, como por exemplo, a sua sintomatologia.

Quanto ao gênero, estudos como os de Ettinger, Manderson (1974), Donnelly et al. (2000), e Corrêa PH et al. (2007) mostram que hemangiomas e varizes orais foram mais freqüentes em paciente do gênero feminino. Jackson et al. (1993) observaram uma relação feminino : masculino de 4:1 em pacientes com hemangiomas. Jackson et al. (1993), Barrett, Speight (2000) e Corrêa PH et al. (2007) observaram que malformações vasculares afetaram igualmente os gêneros masculino e feminino. Em nosso estudo, não encontramos diferença significativa entre ambos os sexos com relação as lesões vasculares.

Estudos anteriores não se referem à raça dos pacientes ao analisar lesões vasculares benignas (Donnelly LF et al., 2000; Jackson IT et al., 1993; Ettinger, Manderson RD., 1974). Em nossa amostra, as lesões foram mais freqüentes em pacientes brancos, assim como no trabalho de Corrêa PH et al. (2007). Parra et al. (2003) observaram que na população brasileira , cerca de 39% da população tem genes europeus , 33% tem genes indígenas , e 28% tem genes africanos. Além disso, o censo da população brasileira de 2010 (IBGE) mostrou que 47% da população é branca. Assim, a maior prevalência de lesões vasculares orais benignas em brasileiros brancos pode ser associada com a distribuição de raça no país em suas regiões.

Jackson et al. (1993) e Corrêa PH et al. (2007) relataram as lesões vasculares como assintomáticas. Em nosso levantamento, apenas 13% dos pacientes queixaram-se de dor discreta. Portanto, pode-se concluir que as lesões vasculares orais são predominantemente assintomáticas. Com isso, o tempo de queixa de um período maior que 4 anos correspondeu a 22% dos pacientes em nosso estudo, enquanto que o de menos ou igual a 1 mês, foi relatado por 17% dos pacientes, sendo o aumento de volume o tipo de queixa mais comum (52%).

O lábio, seguido pela mucosa jugal e língua foram as regiões mais acometidas pelas lesões vasculares em nosso trabalho. Barrett, Speight (2000) e

Corrêa PH et al. (2007) também apontaram essas áreas como mais freqüentes. Nguyenet et al. (2004) observaram que dentre as lesões de hemangiomas situados em cabeça e pescoço, o hemangioma oral é localizado em sua maioria na mucosa bucal.

Com relação ao aspecto clínico das lesões, cerca de 80% das lesões foram classificadas como nódulo e 71% das lesões possuíam um tamanho menor ou igual a 1,0 cm. Quanto ao número de lesões, Takahashi et al. (1994) relataram que o hemangioma oral é encontrado como uma única lesão. Barrett, Speight (2000) e Corrêa PH et al. (2007) afirmaram que malformações vasculares orais é sempre encontrada como uma lesão única, sem implicação sistêmica. Entretanto, varizes orais são apresentadas predominantemente como lesões múltiplas, como nos estudos de Kleinman (1967) e Ettinger, Manderson (1974). Em nosso estudo, por se tratar de um levantamento das lesões tratadas cirurgicamente, a grande maioria eram únicas, incluindo as varizes orais, devido aos critérios estabelecidos para este tipo de tratamento.

Nas lesões orais, o tratamento com agentes esclerosantes e a excisão cirúrgica são os mais utilizados. A laserterapia, a crioterapia, a eletrocauterização, o uso de corticóides, e a embolização nos casos de lesões maiores, também são citados e descritos na literatura (Assis et al., 2009; Seo et al., 2009; Loureiro et al., 2010). Para o tratamento das lesões vasculares benignas, algumas características devem ser consideradas, como o tamanho, a localização, a idade do paciente, a hemodinâmica da lesão (fluxo sanguíneo rápido ou lento), além do diagnóstico e da viabilidade da técnica a ser utilizada (Wang et al., 1998). De acordo com Gómez-Oliveira et al. (2008), o tratamento dessas lesões somente é indicado em condições de deformações que causam alterações estética do paciente, presença de sangramento constante, e de massa palpável. Nos casos assintomáticos e na ausência de transtornos, a proervação é a melhor conduta. Os hemangiomas são lesões que normalmente não recidivam quando a terapêutica correta é instituída. Para este resultado, impõe-se um diagnóstico e tratamento preciso. No presente trabalho, o tipo de tratamento mais realizado foi cirúrgico exclusivo (96%), sendo que em 81% o resultado final foi de regressão total da lesão, evidenciando o sucesso deste tipo de tratamento, quando corretamente empregado.

## **7. Conclusão**

As lesões vasculares ocorreram em pacientes com diversas idades sem predileção por gênero. Clinicamente apresentaram-se como um aumento de volume nodular, assintomático, de tamanho variável e localizadas mais freqüentemente em lábios, mucosa jugal e língua. O tratamento cirúrgico, quando corretamente indicado mostrou-se eficaz para esse tipo de lesão.

## Referências Bibliográficas

Aaron H, Hemant A. Hemangiomas and vascular malformations of the head and neck: A simplified approach. *NeuroimagClin N Am* 2011; 21:641-658.

Al-Khateeb T, Al-HadiHamasha A, Almasri NM. Oral and maxillofacial tumours in north Jordanian children and adolescents: a retrospective analysis over 10 years. *Int J Oral MaxillofacSurg* 2003; 32:78-83.

Alves S, Junqueira JL, Oliveira EM de, Pieri SS, Magalhães MH, Pinto Junior D. Condylar hemangioma: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2006; 102:23-27.

Assis G, Silva S, Moraes P, Amaral J, Germano A. Hemangioma de língua: relato de caso. *Rev Cir TraumatolBuco-Maxilo-fac* 2009; 9:59-66.

Bean WB. The caviar lesion under the tongue. *Trans Am ClinClimatolAssoc* 1952; 64:40-51.

Bean WB. The changing incidence of certain vascular lesions of the skin with aging. *Geriatrics* 1956; 11:97-102.

Barret AW, Speight PM. Superficial arteriovenous hemangioma of the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod* 2000; 90:731-738.

Corbet EF, Holmgren CJ, Phillipsen HP. Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:392-395.

Corrêa PH, Nunes LC, Johann AC, Aguiar MC, Gomez RS, Mesquita RA. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian population. *Braz Oral Res* 2007; 21:40-45.

Costa Filho JZ , Santos CA, Costa MC, Costa PJ, Nobre SM . Oleato de etanolamina 5% como opção ao tratamento cirúrgico dos hemangiomas orais: relato de caso. Rev Cir TraumatolBuco-Maxilo-Fac 2011; 11:31-36.

Dilsiz A, Aydin T, Gursan N. Capillary hemangioma as a rare benign tumor of the oral cavity: a case report. Cases Journal 2009; 2:8622.

Donnelly LF, Adams DM, Bisset GS 3rd. Vascular malformations and hemangiomas: a practical approach in a multidisciplinary clinic. AJR Am J Roentgenol 2000; 174:597-608.

Enjolras O, Mulliken JB. The current management of vascular birthmarks. *PediatrDermatol* 1993; 10:311-313.

Enjolras O, Mulliken JB. Vascular tumors and vascular malformations (new issues). *AdvDermatol* 1997; 13:375-423.

Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. 3. Mosby; 1995. p. 581-586.

Ettinger RL, Manderson RD. A clinical study of sublingual varices. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1974; 38:540-545.

Fonseca Junior NL, Cha SB, Cartum J, Rehder JRCL. Eficácia terapêutica do interferon alfa em criança com hemangioma gigante craniofacial: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol* 2008; 71:423-426.

Gampper TJ, Morgan RF. Vascular anomalies: hemangiomas. *PlastReconstrSurg* 2002; 110:572-588.

Gombos F, Lanza A, Gombos F. A case of multiple oral vascular tumors: the diagnostic challenge on haemangioma still remain open. *Judicial StudiesInstituteJournal* 2008; 2:67-75.

Gómez Oliveira G, García-Rozado A, Luaces Rey R. Intraosseous mandibular hemangioma. A case report and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008; 13:96-98.

IBGE. Site: <http://censo2010.ibge.gov.br>

Jackson IT, Carreno R, Potparic Z, Hussain K. Hemangiomas, vascular malformations, and lymphovenous malformations: classification and methods of treatment. *Plast Reconstr Surg* 1993; 91:1216-1230.

Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis* 2002; 8:218-223.

Johann ACBR, Aguiar MCF, Carmo MAV do, Gomez RS, Cas-tro WH, Mesquita RA. 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; 100:579-584.

Kleinman HZ. Lingual varicosities. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1967; 23:546-548

Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29:331-335.

Loureiro CC, Falchet PC, Gavranich J, Jr., Lobo Leandro LF. Embolization as the treatment for a life-threatening mandibular arteriovenous malformation. *J Craniofac Surg* 2010; 21:380-382.

Marcucci G. Fundamentos da odontologia: estomatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 264.

Mertens F, editors. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. In: *World Health Organization Classification of Tumours*. Lyon: IARC Press; 2002. p. 320.

Miles AE. 'Sans teeth': changes in oral tissues with advancing age. Proc R Soc Med 1972; 65:801-806.

Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. Plastic ReconstrSurg 1982; 69:412-422.

Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Patologia oral &maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 705.

Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial Pathology.2.WB Saunders; 2002. p. 447-449.

Nguyen VA, Furhapter C, Romani N, Weber F, Sepp N. Infantile hemangioma is a proliferation of beta 4-negative endothelial cells adjacent to HLA-DR-positive cells with dendritic cell morphology. Hum Pathol 2004; 35:739-744.

Paltiel HJ, Burrows PE, Kozakewich HP, Zurakowski D, Mulliken JB. Soft-tissue vascular anomalies: utility of US for diagnosis. Radiology 2000; 214:747-54.

Parra FC, Amado RC, Lambertucci JR, Rocha J, Antunes CM, Pena SD. Color and genomic ancestry in Brazilians.ProcNatlAcadSci USA 2003; 100:177-82.

Rocha LB, Pádua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. RGO 2000; 48:150-152.

Seo J, Utumi E, Zambon C, Pedron I, Rocha A. Escleroterapia de hemangioma labial. RevistaOdonto 2009; 17:106-112.

Southam JC, Ettinger RL. A histologic study of sublingual varices.Oral Surg Oral Med Oral Pathol.1974; 38:879-886.

Takahashi K, Mulliken JB, Kozakewich HP, Rogers RA, Folkman J, Ezekowitz RA. Cellular markers that distinguish the phases of hemangioma during infancy and childhood. *J Clin Invest* 1994; 93:2357-2364.

Tommasi AF. *Diagnóstico em Patologia Bucal*. 3.ed. São Paulo: Pancast, 2002; p. 247-248.

Wang, L, Oliveira DT, Consolaro A, Perez F. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. *Revista Robrac* 1998; 24:20-22.

Zanettini I, Zanettini R.M, Gollo G. Escleroterapia como alternativa de tratamento de lesões vasculares bucais. *Revista Clin. Pesq* 2005; 2:119-126



## ANEXO 1



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



### CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Declaro que o aluno Diego Tetzner Fernandes RA 090929 esteve sob minha orientação para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado Análise clínica de lesões vasculares bucais tratadas cirurgicamente no ano de 2013

Concordo com a submissão do trabalho apresentado à Comissão de Graduação pelo aluno, como requisito para aprovação na disciplina DS833 – Trabalho de Conclusão de Curso.

Piracicaba, 24 de setembro de 2013

A handwritten signature in black ink on a light blue rectangular background. The signature is cursive and appears to read "Márcio Ajudarte Lopes".

Prof. Dr. Márcio Ajudarte Lopes

## ANEXO 2



Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
UNICAMP

OF. CEP/FOP N.º 014/2013

LMAT

Piracicaba, 27 de setembro de 2013.

Ao Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas  
DD Coordenador de Graduação  
FOP/UNICAMP

Prezado Professor,

Informo que o protocolo “**Análise clínica e histopatológica de lesões vasculares bucais tratadas cirurgicamente**”, realizado como TCC pelo aluno **Diego Tetzner Fernandes** e orientado pelo Prof. Dr. **Marcio Ajudarte Lopes**, está em análise neste comitê (protocolo **083/2013**), tendo recebido parecer provisório de aprovação, que será votado na próxima reunião ordinária do CEP, em 09/10/2013. Colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional que julgar necessária.

Cordialmente,

*Livia M. A. Tenuta*  
**Profa. Dra. Livia Maria Andaló Tenuta**

Coordenadora

## ANEXO 3



Ministério da  
Ciência, Tecnologia  
e Inovação



### TERMO DE ACEITAÇÃO DE INDICAÇÃO DE BOLSISTA INICIAÇÃO CIENTÍFICA - IC Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/PIBIC

**PROJETO:**

800024/2013-3 - Análise clínica e histopatológica de lesões vasculares bucais tratadas cirurgicamente

**COORDENADOR:**

Gláucia Maria Pastore  
CPF: 60292903804

**ORIENTADOR:**

Marcio Ajudarte Lopes  
CPF: 10209799846

Eu, **Diego Tetzner Fernandes**, CPF número **38389003830**, declaro conhecer e atender integralmente às exigências do edital/chamada **PIBIC 2013/2014** e às normas específicas do CNPq que regem a concessão da bolsa especificada abaixo:

**BOLSA:**

Processo: 122610/2013-0  
Modalidade - Categoria: Iniciação Científica - IC -  
Vigência: De 01/08/2013 a 31/07/2014  
Valor mensal da bolsa: R\$ 400,00

**DATA:**

31 de Julho de 2013

**ACEITE:**

Ao enviá-lo ao CNPq, o BENEFICIÁRIO declara que leu e aceitou integralmente os termos deste documento.

**BENEFICIÁRIO:**

Diego Tetzner Fernandes  
CPF: 38389003830

*Termo de indicação registrado eletronicamente por meio da internet junto ao CNPq, pelo agente receptor 10.0.2.20(sv256.cnpq.br), mediante uso de senha pessoal do Beneficiário em 31/07/2013, originário do número IP 200.130.33.73(200.130.33.73) e número de controle 3691714136917141:2461002050-3804638468.*

*Para visualizar este documento novamente ou o PDF assinado digitalmente, acesse: <http://efomento.cnpq.br/efomento/termo?numeroAcesso=4780954057756502>.*