

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ELISABETE SAKIKO KOMATU HIGA

CIRURGIÃ DENTISTA

USO DE ESCLEROTERAPIA EM VARIZES LABIAIS DE
PACIENTES IDOSOS: RELATO DE CASOS

*Use of sclerotherapy in venous lake of the lip in elderly patients: cases
report*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção ao título de
Especialista em Odontogeriatrica.

PIRACICABA

- 2009 -

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ELISABETE SAKIKO KOMATU HIGA

CIRURGIÃ DENTISTA

USO DE ESCLEROTERAPIA EM VARIZES LABIAIS DE
PACIENTES IDOSOS: RELATO DE CASOS

*Use of sclerotherapy in venous lake of the lip in elderly patients: cases
report*

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia
de Piracicaba, da Universidade Estadual de
Campinas, como requisito para obtenção ao título de
Especialista em Odontogeriatrica.

Orientador: Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**

PIRACICABA

- 2009 -

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

H533u	Higa, Elisabete Sakiko Komatu. Uso de escleroterapia em varizes labiais de pacientes idosos: relato de casos. / Elisabete Sakiko Komatu Higa. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009. 29f. : il. Orientador: Eduardo Hebling. Monografia (Especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Boca – Ferimentos e lesões. 2. Odontogeriatricia. I. Hebling, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (mg/fop)
-------	--

Aos meus pais, **YOSHIO E MIDORI**, e às minhas
filhas, **ANA CLAUDIA E SIMONE**, pelo incentivo e
amor em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **DEUS**, acima de tudo e por tudo.

Às vibrações de amor de meus **AVÔS**.

À minha irmã, **MARISA**, que com sua presença constante pudesse me ausentar com tranquilidade.

Ao Prof. Dr. **EDUARDO HEBLING**, por ter-me ampliado a visão da Odontologia,

Aos meus amigos do curso, **ADOLFO, ÁLVARO, DANIELLE, ESTELA, MÔNICA E MARIA LÚCIA** pela amizade e companheirismo.

A todos aqueles que se alegram comigo, por mais uma etapa cumprida.

“Senhor, dai-nos sempre a tua companhia, e a companhia de homens e mulheres que tem dúvidas, agem, sonham, se entusiasmam e vivem como se cada dia fosse dedicado a tua glória. Que possamos através do trabalho e da ação, compartilhar um pouco do amor que recebemos.”

PAULO COELHO

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	2
1 INTRODUÇÃO.....	3
2 PROPOSIÇÃO.....	6
3 DESENVOLVIMENTO.....	7
Capítulo 1: Uso de Escleroterapia em Varizes Labiais de Pacientes Idosos: Relato de Casos.....	7
4 CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS.....	27

RESUMO

Varizes, também chamadas de lagos venosos, são ectasias vasculares que aparecem mais comumente no lábio inferior e em outras áreas expostas ao sol de pacientes idosos. Embora não apresentem sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após traumas ou por motivos estéticos. As terapias das varizes labiais incluem a excisão cirúrgica, laserterapia, eletrocoagulação, crioterapia e escleroterapia. O objetivo desse trabalho foi apresentar dois casos de tratamento de varizes labiais por meio de escleroterapia com uso injeção intralesional de oleato de monoetanolamina a 5%. Com uma simples aplicação, as lesões desapareceram clinicamente. Nenhum efeito colateral ou desconforto foram observados. O uso de escleroterapia com oleato de monoetanolamina a 5% é uma alternativa eficiente no tratamento de varizes labiais de pacientes idosos, sendo uma alternativa aos métodos convencionais.

PALAVRAS CHAVES: escleroterapia, oleato de monoetanolamina, ectasias vasculares, esclerosante químico.

ABSTRACT

Varix, also called venous lakes, are venous ectasia that appears mostly on the lower lip and other sun-exposed areas of elderly patients. Although it is usually symptom free, the treatment may be required if bleeding after trauma is troublesome or for cosmetic purposes. Treatment of lip venous lake includes surgical excision, laser therapy, infrared coagulation, cryotherapy, and sclerotherapy. The aim of this paper was reported two cases of lip venous lake treated by sclerotherapy using intralesional injectio of 5% ethanolamine oleate. The lesion disappeared after only one simple application. No side effects or discomfort were observed. Sclerotherapy with 5% ethanolamine oleate is effective in the treatment of lip venous lakes and offers an alternative to conventional methods.

Key words: sclerotherapy, ethanolamine oleate, chemical sclerosing, venous ectasia.

1) INTRODUÇÃO

Hemangioma, malformação vascular e varizes são lesões vasculares benignas comuns na região da cabeça e pescoço (Finn *et al.*, 1983). Varizes, também chamadas de lagos venosos (Shafer *et al.*, 4^o ed.), foram descritas primeiramente por Bean e Walsh (Bean & Walsh, 1956), que observaram a forma como esta podia ser facilmente comprimida e sua tendência de ocorrer na pele exposta ao sol de pessoas mais velhas. A face, hélix da orelha e lábios são os lugares mais comuns (Bean & Walsh, 1956; Landthaler *et al.*, 1984).

Varizes labiais são ectasias (dilatações) vasculares que ocorrem nos lábios, cujo desenvolvimento é exacerbado pela exposição solar e por traumas oclusais (Kuo & Yang, 2003).

Macroscopicamente, as varizes podem ser descritas como pápulas de coloração azul-escuras a violáceas, bem demarcadas, levemente elevadas, compressíveis, com tamanho variando de 2 a 10 mm de diâmetro (Bekhor, 2006). Histologicamente, podem ser observadas vênulas de finas paredes irregulares, poucas ou múltiplas grandes, dilatadas, localizadas na porção superior e no meio da derme (Bean & Walsh, 1956; Bu *et al.*, 2002). Clinicamente, estas podem ser consideradas insignificantes, a partir de uma perspectiva biológica, mas são importantes devido ao seu mimetismo com lesões mais ameaçadoras como o melanoma e o carcinoma basocelular pigmentado (Bean & Walsh, 1956). Embora não apresentem sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após traumas ou por motivos estéticos (Kuo & Yang, 2003).

O histórico e o exame clínico cuidadoso são suficientes para estabelecer o diagnóstico clínico na maioria dos casos de varizes orais (Kleinman, 1967; Jainkittivong *et al.*, 2002). Uma manobra semiotécnica simples, a diascopia, pode ajudar no diagnóstico diferencial de lesões de componente vascular sanguíneo (hemangiomas e varicosidades) de outras com coloração vermelha. A técnica consiste na compressão da lesão com uma lâmina de vidro fina, observando o desaparecimento da lesão no caso de lesões vasculares (Rocha *et al.*, 2000; Boraks, 2001; Torres *et al.*, 2002).

A teoria que explica a etiologia das varizes labiais relata que o dano solar ou trauma de oclusão causem injúria na camada adventícia vascular e no tecido elástico da derme, permitindo a dilatação superficial da estrutura venosa. Varizes não têm sido associadas com hipertensão ou outras doenças cardiovasculares (Kleinman, 1967). Entre os gêneros, 95% dos casos ocorrem em homens (Kleinman, 1967). As varizes podem ocorrer com maior frequência em pacientes com úlceras gástricas e duodenais (Shafer, 4º ed.).

Embora a presença da varize labial seja livre de sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após trauma ou por motivos estéticos (Kuo & Yang, 2003).

As terapias das varizes labiais incluem a excisão cirúrgica (Bu *et al.*, 2002), crioterapia (Suhonen & Kuflik, 1997; Pozo *et al.*, 2003), luz pulsada intensa (Pozo *et al.*, 2003; Jay & Borek, 1998), coagulação infravermelha (Pozo *et al.*, 2003; Colver & Hunter, 1987), laserterapia (Landthaler *et al.*, 1984; Newmann & Knobler, 1990; Gonzalez *et al.*, 1992; Pozo *et al.*, 2003;) e escleroterapia (Polla *et al.*, 1987; Pozo *et al.*, 2003; Kuo & Yang, 2003).

O oleato de monoetanolamina a 5% é um dos agentes esclerosantes mais usados atualmente (Iso *et al.*, 1988; Nishida *et al.*, 1999; Meirelles *et al.*, 2000), causando menos danos teciduais ao tecido conjuntivo (Swift & Siegler, 1986). Sua ação é, primeiramente, por irritação da camada íntima endotelial da veia, produzindo uma resposta inflamatória estéril. Isso resulta em fibrose da parede do vaso e possível oclusão da veia. A substância também se difunde rapidamente pela parede do vaso e produz uma reação inflamatória extravascular (Zanettini *et al.*, 2005).

O objetivo desse trabalho foi apresentar dois casos de tratamento de varizes labiais por meio de escleroterapia com uso injeção intralesional de oleato de monoetanolamina a 5%.

2) PROPOSIÇÃO

O objetivo desse trabalho foi apresentar dois casos de tratamento de varizes labiais por meio de escleroterapia com uso de injeção intralesional de oleato de monoetanolamina a 5%.

Este trabalho foi realizado no formato alternativo, conforme a deliberação da Comissão Central de Pós-graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) nº. 001/98. O trabalho apresentado no Capítulo 1 foi realizado para alcançar o objetivo proposto.

3) DESENVOLVIMENTO

Capítulo 1:

Uso de Escleroterapia em Varizes Labiais de Pacientes Idosos:

Relato de Casos

Use of sclerotherapy in venous lake of the lip in elderly patients: cases report

Elisabete Sakiko Komatu Higa *

Eduardo Hebling**

* Especialista em Odontogeriatrica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP

** Professor Associado do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Endereço para correspondência:

Prof. Dr. Eduardo Hebling

Av. Limeira, 901

13414-903, Piracicaba, SP, Brasil

Telefone: (19) 2106 5280 Fax: (19) 2106 5218

E-mail: hebling@fop.unicamp.br

Uso de Escleroterapia em Varizes Labiais de Pacientes Idosos:

Relato de Casos

Use of sclerotherapy in venous lake of the lip in elderly patients: cases report

RESUMO: Varizes, também chamadas de lagos venosos, são ectasias vasculares que aparecem mais comumente no lábio inferior e em outras áreas expostas ao sol de pacientes idosos. Embora não apresentem sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após traumas ou por motivos estéticos. As terapias das varizes labiais incluem a excisão cirúrgica, laserterapia, eletrocoagulação, crioterapia e escleroterapia. O objetivo desse trabalho foi apresentar dois casos de tratamento de varizes labiais por meio de escleroterapia com uso injeção intralesional de oleato de monoetanolamina a 5%. Com uma simples aplicação, as lesões desapareceram clinicamente. Nenhum efeito colateral ou desconforto foram observados. O uso de escleroterapia com oleato de monoetanolamina a 5% é uma alternativa eficiente no tratamento de varizes labiais de pacientes idosos, sendo uma alternativa aos métodos convencionais.

PALAVRAS CHAVES: escleroterapia, oleato de monoetanolamina, ectasias vasculares, esclerosante químico.

ABSTRACT: Varix, also called venous lakes, are venous ectasia that appears mostly on the lower lip and other sun-exposed areas of elderly patients. Although it is usually symptom free, the treatment may be required if bleeding after trauma is troublesome or for cosmetic purposes. Treatment of lip venous lake includes surgical

excision, laser therapy, infrared coagulation, cryotherapy, and sclerotherapy. The aim of this paper was reported two cases of lip venous lake treated by sclerotherapy using intralesional injectio of 5% ethanolamine oleate. The lesion disappeared after only one simple aplication. No side effects or discomfort were observed. Sclerotherapy with 5% ethanolamine oleate is effective in the treatment of lip venous lakes and offers an alternative to conventional methods.

Key words: sclerotherapy, ethanolamine oleate, chemical sclerosing, venous ectasia.

INTRODUÇÃO

Hemangioma, malformação vascular e varizes são lesões vasculares benignas comuns na região da cabeça e pescoço (Finn *et al*, 1983). Varizes, também chamadas de lagos venosos (Shafer *et al.*, 4^o ed.), foram descritas primeiramente por Bean e Walsh (Bean & Walsh, 1956), que observaram a forma como esta podia ser facilmente comprimida e sua tendência de ocorrer na pele exposta ao sol de pessoas mais velhas. A face, hélix da orelha e lábios são os lugares mais comuns (Bean & Walsh, 1956; Landthaler *et al.*, 1984).

Varizes labiais são ectasias (dilatações) vasculares que ocorrem nos lábios, cujo desenvolvimento é exacerbado pela exposição solar e por traumas oclusais (Kuo & Yang, 2003).

Macroscopicamente, as varizes podem ser descritas como pápulas de coloração azul-escuras a violáceas, bem demarcadas, levemente elevadas,

compressíveis, com tamanho variando de 2 a 10 mm de diâmetro (Bekhor, 2006). Histologicamente, podem ser observadas vênulas de finas paredes irregulares, poucas ou múltiplas grandes, dilatadas, localizadas na porção superior e no meio da derme (Bean & Walsh, 1956; Bu *et al.*, 2002). Clinicamente, estas podem ser consideradas insignificantes, a partir de uma perspectiva biológica, mas são importantes devido ao seu mimetismo com lesões mais ameaçadoras como o melanoma e o carcinoma basocelular pigmentado (Bean & Walsh, 1956). Embora não apresentem sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após traumas ou por motivos estéticos (Kuo & Yang, 2003).

O histórico e o exame clínico cuidadoso são suficientes para estabelecer o diagnóstico clínico na maioria dos casos de varizes orais (Kleinman, 1967; Jankittivong *et al.*, 2002). Uma manobra semiotécnica simples, a diascopia, pode ajudar no diagnóstico diferencial de lesões de componente vascular sanguíneo (hemangiomas e varicosidades) de outras com coloração vermelha. A técnica consiste na compressão da lesão com uma lâmina de vidro fina, observando o desaparecimento da lesão no caso de lesões vasculares (Rocha *et al.*, 2000; Boraks, 2001; Torres *et al.*, 2002).

A teoria que explica a etiologia das varizes labiais relata que o dano solar ou trauma de oclusão causem injúria na camada adventícia vascular e no tecido elástico da derme, permitindo a dilatação superficial da estrutura venosa. Varizes não têm sido associadas com hipertensão ou outras doenças cardiovasculares (Kleinman, 1967). Entre os gêneros, 95% dos casos ocorrem em homens (Kleinman, 1967). As varizes podem ocorrer com maior frequência em pacientes com úlceras gástricas e duodenais (Shafer, 4º ed.).

Embora a presença das varizes labiais seja livre de sintomas, o tratamento pode ser necessário quando há sangramento após trauma ou por motivos estéticos (Kuo & Yang, 2003).

As terapias das varizes labiais incluem a excisão cirúrgica (Bu *et al.*, 2002), crioterapia (Suhonen & Kuflik, 1997; Pozo *et al.*, 2003), luz pulsada intensa (Pozo *et al.*, 2003; Jay & Borek, 1998), coagulação infravermelha (Pozo *et al.*, 2003; Colver & Hunter, 1987), laserterapia (Landthaler *et al.*, 1984; Newmann & Knobler, 1990; Gonzalez *et al.*, 1992; Pozo *et al.*, 2003;) e escleroterapia (Polla *et al.*, 1987; Pozo *et al.*, 2003; Kuo & Yang, 2003).

O oleato de monoetanolamina a 5% é um dos agentes esclerosantes mais usados atualmente (Iso *et al.*, 1988; Nishida *et al.*, 1999; Meirelles *et al.*, 2000), causando menos danos teciduais ao tecido conjuntivo (Swift & Siegler, 1986). Sua ação é, primeiramente, por irritação da camada íntima endotelial da veia, produzindo uma resposta inflamatória estéril. Isso resulta em fibrose da parede do vaso e possível oclusão da veia. A substância também se difunde rapidamente pela parede do vaso e produz uma reação inflamatória extravascular (Zanettini *et al.*, 2005).

O objetivo desse trabalho foi apresentar dois casos de tratamento de varizes labiais por meio de escleroterapia com uso injeção intralesional de oleato de monoetanolamina a 5%.

Casos Clínicos

Caso 1: Paciente de 88 anos de idade, gênero masculino, apresentando um nódulo, assintomático, no lábio inferior, na região mediana, com tamanho de 6 X 4 mm. O diagnóstico clínico foi de variz labial, complementado por exame de diascopia e detecção de hábito parafuncional de mordiscamento dos lábios e perda de dimensão vertical, por uso de próteses totais inadequadas (FIGURA 1).

O agente esclerosante utilizado foi o oleato de etanolamina a 5%, encontrado comercialmente como Ethamolin® (FIGURA 2), em ampolas de 2 ml. Usou-se seringa tipo insulina, com aplicação de 2 ml de forma lenta, gradativa e intralesional do medicamento, seguida de imediata compressão por alguns minutos (FIGURA 3). Após algumas semanas, a lesão havia desaparecido. O paciente não relatou a presença de edema, inflamação e dor após a terapia (FIGURA 4).

FIGURA 1: Aspecto clínico inicial da varize labial do Caso 1.



FIGURA 2: Apresentação comercial do oleato de etanolamina a 5% (Ethamolin[®]) e a seringa utilizada.



FIGURA 3: Aplicação do agente esclerosante.



FIGURA 4: Aspecto final após 1 mês da terapia do Caso 1.



Caso 2: Paciente de 79 anos de idade, gênero masculino, apresentando um nódulo, assintomático, no lábio inferior, no lado esquerdo, com tamanho de 6 X 4 mm. O diagnóstico clínico foi de variz labial, complementado por exame de diascopia e detecção de hábito parafuncional de mordiscamento dos lábios, devido a e perda do elemento dentário número 32, perda de dimensão vertical, por uso de prótese total superior inadequada, edentulismo bilateral posterior e necessidade de uso de prótese na arcada inferior (FIGURA 5).

O tratamento realizado foi semelhante ao do Caso 1 (FIGURA 6). Após algumas semanas, a lesão havia desaparecido totalmente. O paciente não relatou a presença de edema, inflamação e dor após a terapia (FIGURA 7).

FIGURA 5: Aspecto clínico inicial da varize labial do Caso 2.

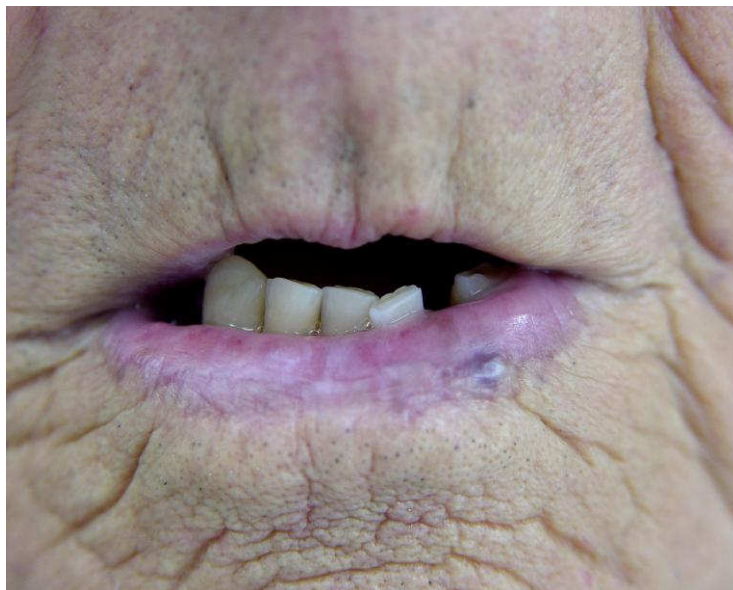


FIGURA 6: Aspecto clínico imediatamente após a aplicação do agente esclerosante no Caso 2.

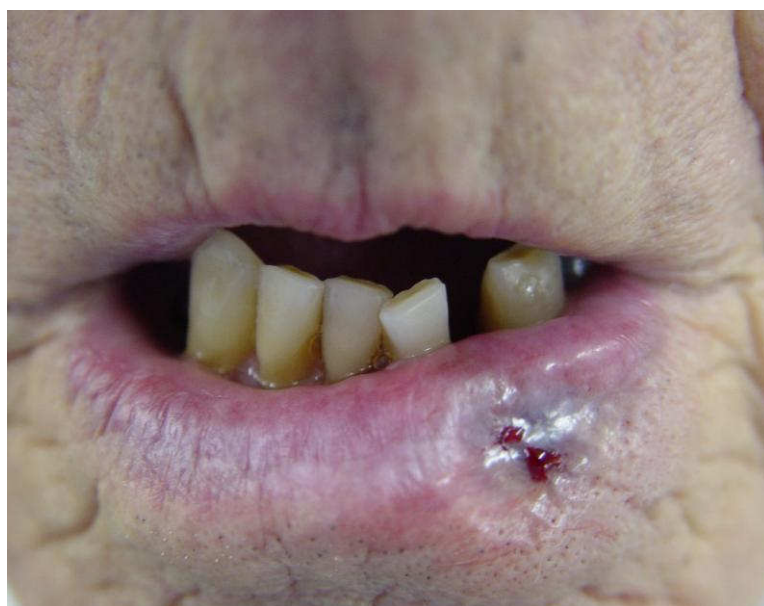
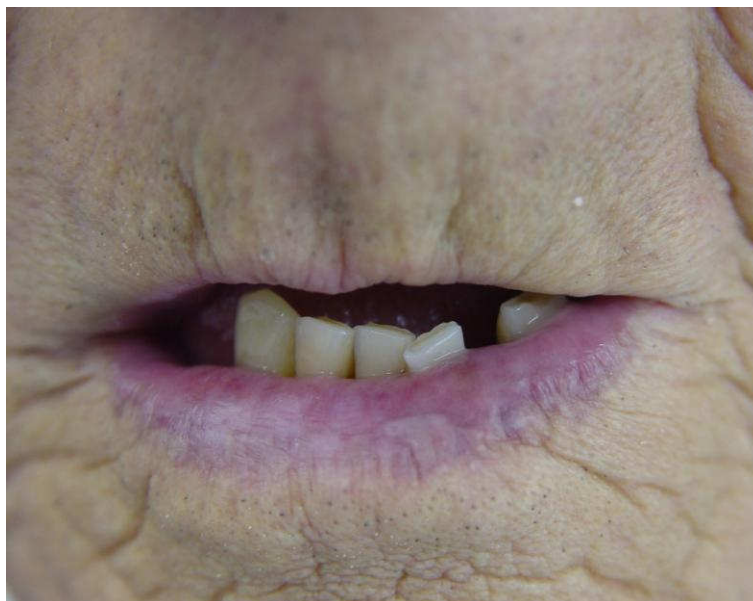


FIGURA 7: Aspecto final após 1 mês da terapia do Caso 2.



DISCUSSÃO

Agentes esclerosantes têm sido usados no tratamento de hemangioma e outras condições relatadas e sua eficácia tem sido confirmada (Seccia & Salgarello, 1991; Winter *et al.*, 2000; Kuo & Yang, 2003), além disso, na escleroterapia não há risco de hemorragia, por ser um método pouco invasivo e de baixo custo (Salina *et al.*, 1997).

Na Europa e Japão, oleato de etanolamina a 5% (OE) e polidocanol a 1% são comumente usados como esclerosantes, enquanto que o morruato de sódio e o tetradecil sulfato de sódio são geralmente empregados nos Estados Unidos (Nishida *et al.*, 1999). O tetradecil sulfato de sódio e o oleato de etanolamina são os agentes esclerosantes mais utilizados atualmente (Seccia & Salgarello, 1991; Ribas *et al.*, 2004).

Apesar de Nishida *et al* (1999) relatarem que o polidocanol 1% ser menos citotóxico que o oleato de etanolamina a 5%, a escleroterapia com oleato de

etanolamina é um tratamento seguro e eficiente para lesões vasculares benignas localizadas em várias regiões do corpo (Iso *et al.*, 1988; Matsumoto *et al.*, 2003). O uso do oleato de etanolamina como agente esclerosante tem sido largamente usado no manejo de varizes esofágicas (Nishida *et al.*, 1999; Iso *et al.*, 1988; Meirelles *et al.*, 2000). Ainda comparado com outros agentes esclerosantes, o oleato de etanolamina apresenta menos danos teciduais no tecido conjuntivo (Swift & Siegler, 1986).

O mecanismo de ação desse esclerosante baseia-se na necrose tecidual e na formação de trombos locais, observados 24 horas após a escleroterapia. O componente oléico provoca a coagulação local por meio da ativação do fator de Hageman e a etanolamina inibe a formação do coágulo de fibrina pela quelação do cálcio. A ação conjunta dessas duas substâncias permite um equilíbrio hemostático, evitando a hemorragia após sua administração nas lesões vasculares (Shikhnani, 1986; Chinen *et al.*, 1996; Wang *et al.*, 1998; Pistóia *et al.*, 1998). O oleato de etanolamina substitui a lesão vascular com a fibrose do tecido (Bordas *et al.*, 1989).

As reações adversas do uso desse agente esclerosante em lesões labiais ainda não foram relatadas. Nos casos clínicos tratados no presente trabalho, não foram relatados nenhuma dor, desconforto ou reações adversas. Bordas *et al.*, em 1989, relataram um caso de reação anafilática ao oleato de etanolamina 5% após escleroterapia de varizes esofágicas de um paciente cirrótico de quarenta anos de idade. O OE a 5% pode também causar uma toxicidade renal associada com marcante hemólise intravascular e hemoglobinúria (Hashizume *et al.*, 1988). Matsumoto *et al.* (2003) sugerem que o tratamento com quantidade menor que 1 ml de OE a 5% possa evitar essa complicação. Johann *et al.* (2005) utilizaram em suas

pesquisas, duas concentrações de OE (2,5% ou 1,25%) no tratamento de lesões orais vasculares benignas para prevenção de possíveis danos renais.

Ulceração e necrose podem aparecer como efeitos adversos da escleroterapia, as quais podem ser prevenidas com a injeção da solução esclerosante na parte profunda da lesão (Johann *et al.*, 2005). O agente esclerosante no tecido conjuntivo induz a uma reação inflamatória e cicatrizes que podem levar a problemas cosméticos (Johann *et al.*, 2005). Esse fato ocorre quando o agente esclerosante é aplicado diretamente no tecido conjuntivo ou quando é aplicado com pressão excessiva causando extravasamento vascular (Choi *et al.*, 2002).

O uso do oleato de etanolamina deve ser evitado durante a gravidez, pois pode ter efeito teratogênico, não tendo ainda sido estabelecido sua segurança (Micromedex, 1995; Chinen *et al.*, 1996; Wang *et al.*, 1998; Pistóia *et al.*, 1998; Pereira *et al.*, 2002). A escleroterapia está contra indicada em casos de pacientes diabéticos não controlados e em áreas de infecção secundária (Ling, 1986).

A escleroterapia é um método relativamente simples, efetivo e barato para o tratamento de hemangioma, malformação vascular, varize e telangiectasia (Winter, 2000; Weiss *et al.*, 2001). Varizes labiais são consideradas lesões de fluxo lento, porque a cor desaparece e reaparece lentamente na diascopia. Além disso, a existência de trombos dentro do lúmen da veia insinua a baixa velocidade do fluxo sanguíneo. Injeção de esclerosante apropriado na varize cria uma concentração suficiente no lúmen e a obliteração do espaço vascular (Kuo & Yang, 2003).

A concentração do agente esclerosante parece não ter influência no resultado do tratamento (Johann *et al.*, 2005). A dose do medicamento deve ser proporcional

ao tamanho da lesão (Govrin *et al.*, 1987; Baurmash & Dechiara, 1991). Mesmo em lesões maiores, a aplicação do agente esclerosante deve ser realizado em sessões intercaladas de, no mínimo 7 dias (Gomez, 1984), não ultrapassando 2 ml em cada injeção (Ribas *et al.*, 2004). A disseminação sistêmica do OE a 5% pode ocorrer quando o medicamento atinge o interior dos vasos sanguíneos, sem maiores complicações (Sukigara *et al.*, 1985). Durante a realização dessa técnica, a anestesia nem sempre se faz necessária (Baurmash & Dechiara, 1991; Zanettini *et al.*, 2005). Nos casos clínicos apresentados não houve necessidade de anestesia local prévia.

Observou-se que se a injeção do agente esclerosante for feita intralesionalmente, não haverá dor no momento da aplicação e sim um desconforto, alguns minutos após sua aplicação, perfeitamente suportável pelo paciente e controlada com medicação analgésica (Zanettini *et al.*, 2005). Semelhante ocorrência foi constatada na terapia dos casos apresentados.

De acordo com a literatura, há maior prevalência de lesões varicosas em relação aos hemangiomas, bem como se obteve involução da maioria das lesões com dose única do agente esclerosante (Zanettini *et al.*, 2005)

A aplicação do agente esclerosante deve ser lenta e gradual, para evitar a ruptura dos vasos sanguíneos e o desconforto local do paciente caracterizado como ardor (Medeiros, 1992; Torres *et al.*, 2002). O OE é um dos agentes esclerosantes mais usados atualmente (Nishida *et al.*, 1999; Iso *et al.*, 1988; Meirelles *et al.*, 2000), causando menos danos teciduais ao tecido conjuntivo (Swift & Siegler, 1986).

O OE atua primeiramente por irritação da camada íntima endotelial da veia e produz uma resposta inflamatória estéril. Isso resulta em fibrose da parede do vaso e

possível oclusão da veia. A substância também se difunde rapidamente pela parede do vaso e produz uma reação inflamatória extravascular (Zanettini *et al.*, 2005).

Em conclusão, o uso de escleroterapia com oleato de monoetanolamina a 5% é uma alternativa eficiente no tratamento de varizes labiais de pacientes idosos, sendo uma alternativa aos métodos convencionais.

REFERÊNCIAS

- Baurmash H, Dechiara S. A conservative approach to the management of orofacial vascular lesions in infants and children. Report of cases. J Oral Maxillofac Surg, 1991; 49(11): 1222-5.
- Bean WB, Walsh JR. Venous lakes. Arch Dermatol 1956; 74: 459-63.
- Bekhor PS. Long Pulsed Nd: YAG laser treatment of venous lakes: report of a series of 34 cases. Dermatol Surg. 2006; 32: 1151-4.
- Boraks S. Diagnóstico bucal. 3º ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001. pag. 163.
- Bordas JM, Feu F, Vilella A, Rodes J. Anaphylactic reaction to ethanolamine oleate injection in sclerotherapy of esophageal varices. Endoscopy 1989; 21-50.
- Bu JQ, Shi HY, Hu M, Liu HC. Oral venous lake: a clinicohistologic analysis of 20 cases. Chin J. Stomatol 2002; 37: 33-5.
- Chinen A, Martins RH, Santos GG, Souza A, Marcucci G. Hemangioma: aspectos clínicos, diagnóstico e terapêutica de 235 casos. Rev Odontol UNICID 1996; 8:43-9.

- Choi YH, Han MH, O-Ki K, Cha SH, Chang K-h. Craniofacial cavernous venous maformations: percutaneous sclerotherapy with use of ethanolamine oleate. J Vasc Interv Radiol 2002; 13: 475-82.
- Colver GB, Hunter GAA. Venous lakes: treatment by infrared coagulation. Br J Plast Surg 1987; 40: 451-3.
- Ethanolamine oleate, s.1, Micromedex Inc. 1995 (Drug Evaluation monographs,v.84)/fornecida pela Glaxo do Brasil, SA. Rio de Janeiro.
- Finn MC, Glowacki J, Mulliken JB. Congenital vascular lesions: clinical application of a new classication. J Pediatric Surg 1983; 18: 894-900.
- Gomez,Z. Hemangiomas tratamiento. Acta Odontol Venez, 1984; 22(2): 105-20.
- Gonzalez E, Gange RW, Momtaz KT: Treatment of telangiectasias and other benign vascular lesions with the 577 nm pulsed dye laser. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 220-6.
- Govrin-Yehudain J, Moscana AR, Calderón N, Hirshowotz B. Treatment of hemangiomas by sclerosing agents: an experimental and clinical study. Ann Plast Surg, 1987; 18(6): 465-9.
- Hashizume M, Kitano S, Yamaga H, Sugimachi K. Haptoglobin to protect against renal damage from ethanolamine oleate sclerosant. Lancet 1988; 6: 340-1.
- Hung-Wen Kuo, Chih-Hsun Yang. Venous lake of the lip treated with a sclerosing agent: report of two cases. Dermatol Surg 2003; 29: 425-8.
- Iso MA, Kitano S, Iwanga T, Koyanagi N, Sugimachi K. A prospective randomized study comparising the effects of large and small volumes of the

sclerosant 5% ethanolamine oleate injected into esophageal varices.

Endoscopy 1988; 20: 285-8.

- Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Dis 2002; 8: 218-23.
- Jay H, Borek C. Treatment of a venous –lake angioma with intense pulsed light. Lancet. 1998; 351: 112.
- Jining Wang, Kim Wang. Venous lakes. Acessado em 07/07/2009, disponível em: e-medicine.medscape.com/article/1085199-overview.
- Johann ACBR, Aguiar MCF, do Carmo MAV, Gomez RS, Castro 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: 579-84.
- Kleinman HZ. Lingual varicosities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967; 23: 546-8.
- Landthaler M, Haina D, Waidelich W, Braun-Falco O. Laser therapy of venous lakes (Bean-Walsh) and telangiectasias. Plast Reconstr Surg 1984; 73:78-83.
- Ling KC. Sclerotherapy of oral haemangioma with 3% sodium tetradecyl sulphate-a case report. Singapore Med J.1986; 27(3): 244-6.
- Matsumoto K, Nakanishi H, Koizumi Y, Seike T, Kanda I, Kubo Y. Sclerotherapy of hemangioma with late involution. Dermatol Surg 2003; 29: 668-71.
- Medeiros A. Escleroterapia das varizes essenciais. J Bras Med. 1992; 63(2): 122-32.

- Meirelles-Santos JO, Carvalho AF Jr, Callejas-Neto F, Magna LA, Yamanaka A, Zeitune JMR, *et al.* Absolute ethanol and 5% ethanolamine oleate are comparable for sclerotherapy of esophageal varices. *Gastrointest Endosc* 2000; 51: 573-6.
- Newmann RA, Knobler RM. Venous lakes (Bean-Walsh) of the lips: treatment experience with the argon laser and 18 months follow-up. *Clin Exp Dermatol* 1990; 15: 115-8.
- Nishida R, Inoue R, Takimoto Y, Kita T. A sclerosant with astringent properties developed in China for oesophageal varices: comparison with ethanolamine oleate and polidocanol. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 481-8.
- Pereira CCT, Figueiredo MAS, Cherubini K. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. *JBC* 2002; 5: 324-8.
- Pistóia AD, Achutti NA, Yurgel LS, Soares ECS. Uso de um agente de esclerose química para o tratamento de hemangioma. *Odonto Ciência* 1998; 13: 39-45.
- Polla LL, Tan OT, Garden Jm, Parrish JA. Tunable pulsed dye laser for the treatment of benign cutaneous vascular ectasia. *Dermatologica* 1987; 174: 11-7.
- Pozo JD, Pena C, Silva JG *et al.* Venous Lakes: a report of 32 cases treated by carbon dioxide vaporization. *Dermatol Surg* 2003; 29: 308-10.
- Ribas MO, Laranjeira J, Sousa MH. Hemangioma bucal: escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão de literatura e apresentação de caso. *Rev Clin Pesq Odontol* 2004; 1: 31-6.

- Rocha LB, Pádua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. RGO 2000; 48: 150-2.
- Rotter SM, Weins RA. Human saphenous vein in vitro model for studying the action of sclerosing solutions. J Dermatol Surg Oncol 1993; 19: 59-62.
- Salina PC, Kumar S, Rao CB. Management of large vascular lesions of the lip: case reports. Int J Oral Maxillofac Surg 1997; 26: 45-8.
- Seccia A, Salgarello M. Treatment of angiomas with sclerosing injection of hidroxypropyloxydodecan. Angiology 1991; 42: 23-9.
- Shafer Hine e Levy. Tratado de patologia bucal. 4ª ed. Rio de Janeiro. Editora Interamericana. 1984. pag. 142.
- Shikhnani AH, Jones MM, Marsh BR, Holliday MJ. Infantile subglottic hemangiomas. An otorhinol laryngol 1986; 95: 336-47.
- Suhonen R, Kuflik EG. Venous lakes treated by liquid nitrogen cryosurgery. Br J Dermatol 1997; 137: 1018-9.
- Sukigara M, Omoto R, Miyamae T. Systemic dissemination of ethanolamine oleate after injection sclerotherapy for esophageal varices. Arch Surg. 1985; 120: 833-6.
- Swift AC, Siegler J. Intraturbinate ethanolamine oleate as a method of treatment in chronic non-specific rhinitis. J Laryngol Otol 1986; 100: 417-20.
- Torres-Pereira CC, Figueiredo MAS de, Cherubini K. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. J Brás Clin Odontol 2002; 6: 324-8.
- Wang L, Oliveira DT, Consolaro A, Perez F. Tratado de hemangioma bucal com agente esclerosante. Robrac 1998; 7: 20-2.

- Weiss RA, Feied CF, Weiss MA. Vein Diagnosis and treatment: A Comprehensive Approach. New York: Mc Graw-Hill, 2001; 200: 126.
- Winter H, Drager E, Sterry W. Sclerotherapy for treatment of hemangiomas. Dermatol Surg 2000; 26: 105-8.
- Zanettini I, Zanettini RM, Gollo G. Escleroterapia como alternativa de tratamento de lesões vasculares bucais. Clin.Pesq. Odontol. Curitiba. 2005; 2 (2): 119-26.

4) CONCLUSÃO

Baseado na revisão da literatura e nas limitações desse trabalho, podemos concluir que o uso de escleroterapia com oleato de monoetanolamina a 5% é uma alternativa eficiente no tratamento de varizes labiais de pacientes idosos, sendo uma alternativa aos métodos convencionais.

REFERÊNCIAS*

- Bean WB, Walsh JR .Venous lakes. Arch Dermatol 1956; 74: 459-63.
- Bekhor PS. Long Pulsed Nd: YAG laser treatment of venous lakes: report of a series of 34 cases. Dermatol Surg. 2006; 32: 1151-4.
- Boraks S. Diagnóstico bucal. 3º ed. São Paulo: Artes Médicas; 2001, pag. 163.
- Bu JQ, Shi HY, Hu M, Liu HC. Oral venous lake: a clinicohistologic analysis of 20 cases. Chin J. Stomatol 2002; 37: 33-5.
- Colver GB, Hunter GAA. Venous lakes: treatment by infrared coagulation. Br J Plast Surg 1987; 40: 451-3.
- Finn MC, Glowacki J, Mulliken JB. Congenital vascular lesions: clinical application of a new classification . J Pediatric Surg 1983; 18: 894-900.
- Gonzalez E, Gange RW, Momtaz KT: Treatment of telangiectasias and other benign vascular lesions with the 577 nm pulsed dye laser. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 220-6.
- Hung-Wen Kuo, Chih-Hsun Yang. Venous lake of the lip treated with a sclerosing agent: report of two cases. Dermatol Surg 2003; 29: 425-8.
- Iso MA, Kitano S, Iwanga T, Koyanagi N, Sugimachi K. A prospective randomized study comparing the effects of large and small volumes of the sclerosant 5% ethanolamine oleate injected into esophageal varices. Endoscopy 1988; 20: 285-8.
- Jaikittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. Oral Dis 2002; 8: 218-23.

- Jay H, Borek C. Treatment of a venous –lake angioma with intense pulsed light. Lancet. 1998; 351:112.
- Kleinman HZ. Lingual varicosities. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1967; 23: 546-8.
- Landthaler M, Haine D, Waidelich W, Braun-Falco O. Laser therapy of venous lakes (Bean-Walsh) and telangiectasias. Plast Reconstr Surg 1984; 73: 78-83.
- Meirelles-Santos JO, Carvalho AF Jr, Callejas-Neto F, Magna LA, Yamanaka A, Zeitune JMR, *et al.* Absolute ethanol and 5% ethanolamine oleate are comparable for sclerotherapy of esophageal varices. Gastrointest Endosc 2000; 51: 573-6.
- Newmann RA, Knobler RM. Venous lakes(Beau-Walsh) of the lips: treatment experience with the argon laser and 18 months follow-up. Clin Exp Dermatol 1990; 15: 115-8.
- Nishida R, Inoue R, Takimoto Y, Kita T. A sclerosant with astringent properties developed in China for oesophageal varices: comparison with ethanolamine oleate and polidocanol. J Gastroenterol Hepatol 1999; 14: 481-8.
- Polla LL, Tan OT, Garden Jm, Parrish JA. Tunable pulsed dye laser for the treatment of benign cutaneous vascular ectasia . Dermatologica 1987; 174: 11-7.
- Pozo JD, Pena C, Silva JG et al. Venous Lakes: a report of 32 cases treated by carbon dioxide vaporization. Dermatol Surg 2003; 29: 308-10.
- Rocha LB, Pádua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. RGO 2000; 48: 150-2.

- Shafer, Hine e Levy . Tratado de patologia bucal. 4^a ed. Rio de Janeiro: Editora interamericana; 1984, pag. 142.
- Suhonen R, Kuflik EG. Venous lakes treated by liquid nitrogen cryosurgery. Br J Dermatol 1997; 137: 1018-9.
- Swift AC, Siegler J. Intraturbinate ethanolamine oleate as a method of treatment in chronic non-specific rhinitis. J Laryngol Otol 1986; 100: 417-20.
- Torres-Pereira CC, Figueiredo MAS de, Cherubini K. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. J Brás Clin Odontol 2002; 6: 324-8.
- Zanettini I, Zanettini RM, Gollo G. Escleroterapia como alternativa de tratamento de lesões vasculares bucais. Clin. Pesq. Odontol. Curitiba, 2005; 2 (2): 119-26.

* De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseada no modelo Vancouver. Abreviaturas dos periódicos em conformidade com o Medline.