

# HEMANGIOMA CAPILAR EM LÍNGUA: RELATO DE CASO

## *CAPILLARY HEMANGIOMA OF TONGUE: A CASE REPORT*

---

Castro, Alvimar Lima de\*  
Castro, Eni Vaz Franco Lima de\*\*  
Crivelini, Marcelo Macedo\*\*\*  
Simonato, Luciana Estevam\*\*\*\*

---

---

### **RESUMO**

É reportado um caso de hemangioma capilar em um paciente leucoderma de 32 anos, com queixa de nódulo assintomático em dorso lingual anterior. O paciente relatou início há aproximadamente cinco meses após queimadura por alimento quente. Ao exame físico intrabucal se constatou lesão nodular arredondada medindo em torno de 2,5 cm em seu maior diâmetro, superfície ulcerada, coloração avermelhada e consistência firme à palpação. Foi estabelecido diagnóstico diferencial de fibroma, hemangioma capilar ulcerado, granuloma piogênico e hiperplasia fibrosa inflamatória. Foi realizada biópsia excisional, identificando-se ao exame histopatológico inúmeros capilares, revestidos por camada única de células endoteliais, sustentadas por um estroma de tecido conjuntivo, definindo o diagnóstico como hemangioma capilar. Nos controles pós-operatórios realizados desde a primeira semana até dois meses, foi observada cicatrização favorável da área operada, sem indícios de recidiva.

**UNITERMOS:** hemangioma; hamartoma; biópsia.

### **SUMMARY**

*A clinical case of capillary hemangioma is reported in a white man 32 years-old, with complaint of nodule in the anterior dorsal area of tongue. The patient reported that the lesion was beginning approximately five months ago after burn for hot food. At the intrabucal physical exam it was observed a consistence nodular lesion with 2,5 cm in size, ulcerated surface and red coloration. It was established differential diagnosis of fibroma, ulcerated capillary hemangioma, piogenic granuloma and inflammatory fibrous hyperplasia. It was made excisional biopsy, identifying to the histopathologic exam capillary countless, covered by only layer of endothelia's cells, sustained by a stroma of connective tissue, defining the diagnosis as capillary hemangioma. In the clinical postoperative controls accomplished since the first week up to two months, favorable cicatrization of the operated area was observed, without recurrence indications.*

**UNITERMS:** hemangioma; hamartoma; biopsy.

---

\* Livre Docente em Estomatologia pela UNESP-Araçatuba. Professor Adjunto de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP

\*\* Doutoranda em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP

\*\*\* Livre Docente em Patologia pela UNESP-Araçatuba. Professor Adjunto de Patologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP

\*\*\*\* Mestranda em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP

## INTRODUÇÃO

De maneira geral, os hemangiomas representam lesões proliferativas malformativas ou neoplásicas benignas. No primeiro caso, as lesões malformativas corresponderiam a lesões vasculares venosas de tamanho reduzido, ou proliferação capilar caracterizando o tipo denominado hemangioma capilar ulcerado, pouco hemorrágico e de coloração avermelhada. No segundo caso, em que o hemangioma seria considerado uma verdadeira neoplasia benigna, haveria grande quantidade de vasos sanguíneos com espaços cavernosos, altamente hemorrágicos e de coloração arroxeada (Castro,<sup>5</sup> 2000). Há, ainda, o tipo misto, em que estão presentes os dois tipos histológicos, conforme sugerido por Pereira et al.<sup>16</sup> (2002). Sua etiologia é discutível e a denominação de hamartoma é defendida por vários autores (Harrison et al.,<sup>10</sup> 1993; Boraks,<sup>2</sup> 1996; Castro,<sup>5</sup> 2000; Tommasi,<sup>22</sup> 2002; Neville et al.,<sup>14</sup> 2004). Birman et al.<sup>1</sup> (1980) consideraram os hemangiomas como lesões que poderiam representar distúrbios de desenvolvimento, presentes ao nascimento ou tardiamente, comportando-se como uma neoplasia.

Os aspectos clínicos dos hemangiomas como coloração, textura superficial, localização da lesão e idade do paciente são fatores importantes no diagnóstico (Pereira et al.,<sup>16</sup> 2002). Em geral são lesões prevalentes na infância, embora possam se desenvolver em adultos. A incidência parece ser maior em mulheres e, apesar de haver predileção pela pele, muitos deles ocorrem na boca, sendo as principais áreas de ocorrência os lábios, a língua, a mucosa jugal e o palato. Outras localizações podem incluir, além das mucosas e face, as glândulas salivares maiores, principalmente a parótida (McMenamin et al.,<sup>12</sup> 1997; El-Hakim et al.,<sup>6</sup> 1999).

No caso dos hemangiomas cavernosos, o exame clínico costuma ser elucidativo, especialmente através das manobras de vitropressão, onde a lesão perde a colocação original denunciando sua natureza intravascular. A punção aspirativa exploratória pode ser realizada na busca de comprovação de conteúdo sanguíneo da mesma. A confirmação do diagnóstico pode ser feita através da biópsia excisional, passível de ser realizada em lesões de proporções não demasiadamente acentuadas (Boraks,<sup>2</sup> 1996; Castro,<sup>5</sup> 2000; Tommasi,<sup>22</sup> 2002; Neville et al.,<sup>14</sup> 2004). A biópsia incisional é contra-indicada pelo risco hemorrágico que proporciona (Pistóia et al.,<sup>17</sup> 1998).

O tratamento dos hemangiomas inclui a radioterapia, a eletrocoagulação (Morgan et al.,<sup>13</sup> 1974; Ling,<sup>11</sup> 1986), a crioterapia, a embolização (Sadeghi et al.,<sup>20</sup> 1989; Van Doorne et al.,<sup>23</sup> 2002), a cirurgia (Govrin-Yehudain et al.,<sup>9</sup> 1987; Sadeghi et al.,<sup>20</sup> 1989; Rados et al.,<sup>18</sup> 1992; Pagnoncelli e Sant'ana Filho,<sup>15</sup> 1994; Zardo et al.,<sup>26</sup> 1996; Gonzaga et al.,<sup>8</sup> 1997; Rocha et al.,<sup>19</sup> 2000; Van Doorne et al.,<sup>23</sup> 2002), a escleroterapia (Chin,<sup>4</sup> 1983; Govrin-Yehudain et al.,<sup>9</sup> 1987; Sadeghi et al.,<sup>20</sup> 1989; Chinen et al.,<sup>5</sup> 1996; Pistóia et al.,<sup>17</sup> 1998; Wang et al.,<sup>25</sup> 1998; Pereira et al.,<sup>16</sup> 2002; Van Doorne et al.,<sup>23</sup> 2002) e o laser (Völpe et al.,<sup>24</sup> 1999; Van Doorne et al.,<sup>23</sup> 2002). Quando adequadamente tratadas, as lesões não tendem a recidivar e casos de malignização não têm sido observados (Enzinger e Weiss,<sup>7</sup> 1995).

## CASO CLÍNICO

Paciente leucoderma de 32 anos, sexo masculino, com queixa de nódulo assintomático na região lingual anterior, com início há aproximadamente cinco meses após queimadura por alimento quente. Sem alterações extrabuciais dignas de nota, constatou-se ao exame físico intrabucal a presença de lesão nodular arredondada, medindo em torno de 2,5 cm em seu maior diâmetro, superfície ulcerada, coloração avermelhada e limites nítidos (Figuras 1 e 2).



Figura 1 – Nódulo localizado no lado esquerdo da região dorsal anterior da língua, com superfície lisa, coloração avermelhada.



Figura 2 – Lesão nodular com limites posteriores evidenciados pela compressão através de espátula de madeira.

No diagnóstico diferencial se considerou a possibilidade de fibroma, hemangioma capilar ulcerado, granuloma piogênico e hiperplasia fibrosa inflamatória. Foi realizada biópsia excisional (Figura 3), identificando-se ao exame histopatológico inúmeros capilares, revestidos por camada única de células endoteliais, sustentadas por um estroma de tecido conjuntivo, definindo o diagnóstico como hemangioma capilar (Figura 4). Nos controles clínicos pós-operatórios realizados desde a primeira semana até dois meses, foi observada cicatrização favorável da área operada, sem indícios de recidiva (Figura 5).

## DISCUSSÃO

Devido à variedade clínica com que os hemangiomas bucais se apresentam, o profissional deve estar sempre atento para o diagnóstico diferencial com outras lesões, desde aquelas relativamente comuns como cistos e mucocelos até lesões malignas como sarcoma de Kaposi (Rocha et al.,<sup>12</sup> 2000), sendo de fundamental importância a realização de análise histopatológica nos casos operáveis (Castro,<sup>3</sup> 2000). No presente caso, pela semelhança clínica em suas características, foram consideradas as hipóteses diagnósticas de fibroma, hemangioma, hiperplasia fibrosa inflamatória e granuloma piogênico, cuja definição do quadro só foi possível após exame histopatológico, onde foram identificados inúmeros capilares, revestidos por camada única de células endoteliais sustentadas por um estroma conjuntivo.

A escolha do tratamento depende diretamente de fatores como tamanho da lesão, localização e tempo de evolução (Zardo et al.,<sup>26</sup> 1996), podendo-se utilizar inúmeras técnicas que vão desde a aplicação de substâncias esclerosantes até laserterapia e cirurgia convencional. No presente caso foi realizada remoção cirúrgica convencional sob anestesia local, pelas características favoráveis ao procedimento apresentadas pela lesão. No entanto, conforme sugerido por Stevão<sup>21</sup> (1997), nunca se deve atuar invasivamente em lesões vasculares potencialmente hemorrágicas sem um prévio diagnóstico e respaldo técnico-científico quanto às medidas adotadas. Além disso, essa escolha deve respeitar alguns critérios, devendo o profissional conhecer o estado geral de saúde do paciente, as indicações e contra-indicações da técnica, bem como considerar a extensão da lesão e proximidade com áreas nobres, em geral preferindo as de localização em tecidos mais superficiais (Pereira et al.,<sup>26</sup> 2002).



Figura 3 - Peça cirúrgica removida por biópsia excisional.

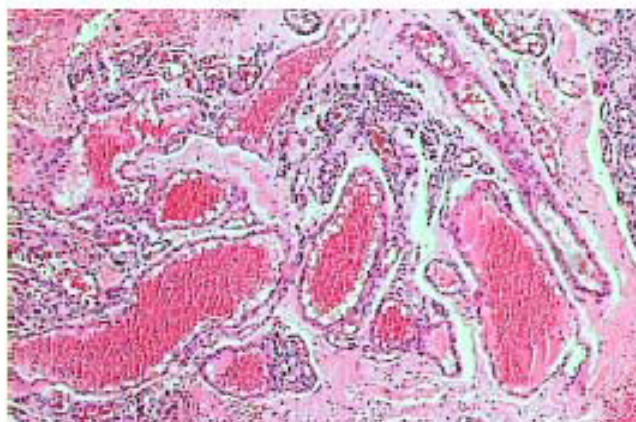


Figura 4 - Fotomicrografia evidenciando capilares revestidos por camada única de células endoteliais em estroma conjuntivo. H.E. 200 x.

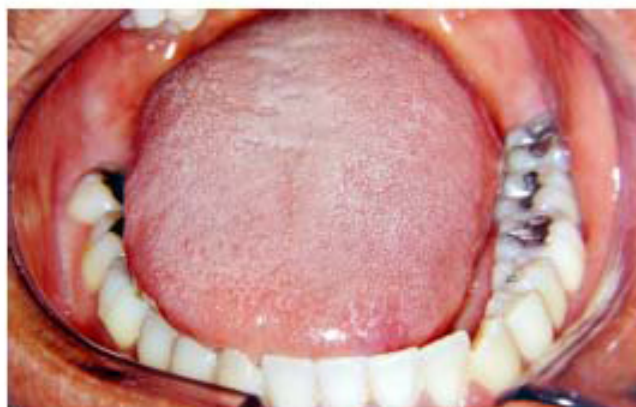


Figura 5 - Pós-operatório de sete dias evidenciando cicatrização normal.

## CONCLUSÃO

Em geral, lesões nodulares exofíticas emergentes de tecido mole em superfície mucosa, não representam malignidade, podendo ser excisadas cirurgicamente. A análise histopatológica da lesão é fundamental para definição diagnóstica, em especial na diferenciação com outras doenças clinicamente semelhantes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Birman EG, Boraks S, Simões IS, Runez A. Hemangiomas dos maxilares: revisão de literatura e apresentação de um caso. *Ars Curandi Odontol.* 1980;6(11):40-6.
2. Boraks S. Diagnóstico bucal. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
3. Castro AL. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Santos, 2000.
4. Chin DC. Treatment of maxillary hemangioma with a sclerosing agent. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1983;55(3):247-9.
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(1):43-9.
6. El-Hakim IE, El-Khashab MM. Cavernous haemangioma of the submandibular salivary gland. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1999;28(1):58-9.
7. Enzinger FM, Weiss SW. Benign tumors and tumors like lesions of blood vessels. In: Enzinger FM, Weiss SW. *Soft tissue tumors.* 3ª ed. St. Louis: Mosby; 1995. p. 489-532.
8. Gonzaga HFS, Stolf HO, Gabrielli MFR, Gonzaga LHS, Costa CAS, Neto CB. Lesões excisáveis da cavidade bucal: lipoma, hemangioma e granuloma piogênico. *Odontol Mod.* 1997;24(2):17-20.
9. Govrin-Yehudain J, Moscana AR, Calderon N, Hirshowitz B. Treatment of hemangiomas by sclerosing agents: an experimental and clinical study. *Ann Plast Surg.* 1987;18(6):465-9.
10. Harrison D, Lund VJ. *Tumours of the upper jaw.* Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993.
11. Ling KL. Sclerotherapy of oral haemangioma with 3% sodium tetradecyl sulphate – a case report. *Singapore Med J.* 1986;27(3):244-6.
12. McMenamin M, Quinn A, Barry H, Sleeman D, Wilson G, Toner M. Cavernous hemangioma in the submandibular gland masquerading as sialadenitis: case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;84(2):146-8.
13. Morgan JF, Schow Jr CE. Use of sodium morrhuate in the management of hemangiomas. *J Oral Surg.* 1974;32(5):363-6.
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral & maxilofacial.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
15. Pagnoncelli RM, Sant'ana Filho M. Tratamento do hemangioma capilar: relato de caso. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 1994;35(1):2-5.
16. Pereira CCT, Figueiredo MAS, Cherubini K. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. *JBC J Bras Clin Odontol Integr.* 2002;6(34):324-8.
17. Pistóia AD, Achutti NA, Yurgel LS, Soares ES. Uso de um agente de esclerose química para o tratamento de hemangioma: relato de caso. *Rev Odonto Ciênc.* 1998;13(25):39-48.
18. Rados PV, Barbachan JJD, Sant'ana Filho M, Volkweis MR. Hemangioma: caso clínico e revisão de literatura. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 1992; 33(2):10-2.
19. Rocha LB, Pádua JM, Martins RH, Lia RCC. Hemangioma da cavidade bucal. *RGO.* 2000; 48(3): 150-2.
20. Sadeghi E, Gingrass D. Oral hemangioma treated with a sclerosing agent: report of a case. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 1989;18(5):262-3.
21. Stêvão ELL. Tratamento de hemorragia decorrente de um procedimento invasivo realizado sobre um hemangioma: relato de um caso. *DENS.* 1997;12:23-9.
22. Tommasi AF. *Diagnóstico em patologia bucal.* 3ª ed. São Paulo: Pancast; 2002.
23. van Doorne L, De Maeseneer M, Stricker C, Vanrensbergen R, Stricker M. Diagnosis and treatment of vascular lesions of the lip. *Brit J Oral Maxillofac Surg.* 2002;40:497-503.
24. Volpe A, Boraks S, Genovese WJ. Utilização do Nd: YAP laser como tratamento alternativo de hemangiomas na boca: relato de dois casos clínicos. *Rev Odontol UNICID.* 1999;11(1):45-50.
25. Wang L, Oliveira DT, Consolaro A, Perez F. Tratamento de hemangioma bucal com agente esclerosante. *ROBRAC.* 1998;7(24):20-2.
26. Zardo M, Velasco Bohórquez MDP, Pasetti LA. Hemangioma cavernoso de lábio superior. *Rev Fac Odontol Lins.* 1996;9(1):17-9.

Recebido para publicação em: 11/05/2006; aceito em: 30/08/2006.

**Endereço para correspondência:**

ALVIMAR LIMA DE CASTRO  
 Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP  
 Rua José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça  
 CEP 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil  
 Fone: (18) 3636-3309  
 E-mail: alvimar@foa.unesp.br