

Hemangioma infantil

Vanessa Mello Tonolli¹, Juliana Polizel Ocanha¹, Hamilton Ometto Stolff^{II}

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp)

INTRODUÇÃO

Hemangiomas infantis são os tumores vasculares benignos mais comuns na infância. Afetam cerca de 4% a 10% da população, com predileção pelo sexo feminino, em uma razão de 3:1. A maioria dos casos é esporádica, porém existe uma forma familiar de transmissão. A patogênese é desconhecida e atualmente considera-se que ocorre um desequilíbrio na angiogênese, permitindo a proliferação descontrolada de tecido endotelial.¹ O diagnóstico é clínico e alguns diferenciais devem ser considerados, como hemangiomas congênitos, malformações de baixo (venosas, capilares e linfáticas) e alto fluxo (arteriovenosas), além de tumores malignos, como rhabdomyosarcoma e dermatofibrossarcoma protuberante.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, com quatro meses de idade, com história de mancha vermelha discreta na face ao nascimento, que começou a aumentar rapidamente aos dois meses de vida, tornando-se uma massa volumosa e desfigurante.

Ao exame de admissão, apresentava massa assintomática de 15 cm aproximadamente na região infra-auricular e cervical direita, normocrômica, com vasos de drenagem na periferia e placas de cor vermelho-vivo, bem delimitadas, sobrejacentes (Figuras 1, 2 e 3).

Foi realizado diagnóstico de hemangioma e solicitada angiorressonância magnética para investigar síndrome PHACES (malformações da fossa posterior do cérebro, hemangioma grande na face, anomalias arteriais, anomalias cardíacas e coarctação da aorta, anormalidades oculares e falhas no desenvolvimento ventral, incluindo alterações do esterno e rafe supraumbilical), que descartou alterações. Foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, conforme visualizado na Tabela 1.

Optou-se por internação hospitalar e início de propranolol sistêmico (via oral). Ecocardiograma e eletrocardiograma foram solicitados para afastar alterações cardíacas que contraindicassem o uso da medicação. Foi iniciada dose de 2 mg/kg/dia, dividida em três tomadas, com aferição da pressão arterial e pulso a cada uma hora nas primeiras seis horas da administração da



Figura 1. Aspecto clínico da lesão antes do tratamento.



Figura 2. Aspecto clínico da lesão antes do tratamento.

¹Médica residente de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp).

^{II}Doutor e professor assistente do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp).

medicação para detecção precoce de hipotensão ou bradicardia, respectivamente. O paciente evoluiu sem efeitos colaterais significativos e pôde-se notar amolecimento da lesão e diminuição do eritema já nas primeiras doses. Recebeu alta após três dias do início do tratamento e, no retorno, com oito dias de uso da medicação, já apresentava redução de cerca de 50% da massa.



Figura 3. Aspecto clínico da lesão antes do tratamento.

Com dois meses de tratamento, apresentava apenas tumoração discreta palpável na região pré-auricular direita e, com quatro meses, notava-se uma mácula eritematosa discreta pré-auricular direita (Figura 4).

DISCUSSÃO

Os hemangiomas infantis, em geral, são lesões únicas (80% dos casos), medindo desde milímetros até centímetros e não são evidentes ao nascimento, tornando-se aparentes nos primeiros dias ou meses de vida. Os locais mais acometidos são cabeça e pescoço, mas podem afetar qualquer região da pele, assim como mucosas e órgãos internos, como fígado e coluna vertebral. Os hemangiomas podem ser classificados em: superficiais (restritos à derme), profundos (derme profunda e tecido subcutâneo) ou mistos. Os superficiais (anteriormente denominados capilares) são os mais comuns e se manifestam como pápula, nódulo ou placa bem delimitada, de cor vermelho-vivo. Os profundos (anteriormente denominados cavernosos) são nódulos normocrômicos ou com um matiz azulado, com ou sem telangiectasias na superfície e ocasionalmente é possível observar vasos de drenagem na periferia. Os mistos apresentam componentes de ambos. Há também uma classificação relacionada à extensão das lesões: se localizadas ou segmentares.¹

Os hemangiomas evoluem em fases e é importante conhecê-las, pois essas determinam o momento ideal do tratamento e também fundamentam condutas expectantes nos casos em que

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada em bases de dados com os descritores em saúde (DeCS) e Medical Subheadings (MeSH) realizada em 3 de setembro de 2013

Base de dados	Estratégia de busca	Artigos obtidos	Artigos relacionados
PubMed	(Hemangioma, capillary infantile [Supplementary Concept])	39	4
Lilacs	(Hemangioma, capillary infantile [Supplementary Concept]) OR (Hemangioma Capilar) OR (Hemangioma Capilar Infantil)	130	1
Embase	Hemangioma, capillary	32	0



Figura 4. Aspecto clínico da lesão quatro meses após o início do tratamento.

for decidido apenas pelo acompanhamento da criança. A primeira fase, que dura até 6 a 12 meses é determinada por rápida proliferação endotelial, com crescimento importante da lesão. Posteriormente, o hemangioma entra na fase de platô, em que não há crescimento nem diminuição da lesão. Essa persiste por alguns meses e então começa a haver a involução lenta dos tumores. Aproximadamente metade das crianças apresentará regressão total das lesões aos 5 anos de idade e 90%, até os 10 anos.¹

A patogênese é desconhecida, porém considera-se um desequilíbrio na angiogênese, levando a proliferação descontrolada de componentes vasculares. O principal marcador imunohistoquímico é o GLUT-1 (*erythrocyte-type glucosetransporter protein*), que está presente em todas as fases evolutivas do tumor e ajuda na diferenciação de outras anomalias vasculares, como o hemangioendotelioma kaposiforme, por exemplo.¹

As principais complicações dos hemangiomas dependerão, em grande parte do tamanho e da sua localização. São elas: ulceração (em lesões com crescimento rápido e em locais de trauma), sangramento (raro e para com compressão), envolvimento de via aérea (em locais como cabeça ou pescoço), comprometimento visual, visceral (entre eles, sangramento do trato gastrointestinal), obstrução do canal auditivo, prejuízo na alimentação ou fonação, além de insuficiência cardíaca de alto débito.

O diagnóstico é clínico e se dá pelo encontro de lesão vascular típica com crescimento nos primeiros meses de vida. O diagnóstico diferencial se dá com mancha “vinho do Porto”, malformações arteriovenosas, venosas e linfáticas, além de ser necessário excluir outros tumores de partes moles, como fibrossarcoma, rabdomiossarcoma, no caso de angiomas profundos. Exames subsidiários, em geral, não são necessários e devem ser solicitados em alguns poucos casos, para confirmar a natureza vascular da lesão, identificar os componentes (venoso, arterial ou linfático) e o comprometimento de órgãos internos e estruturas mais profundas. A biópsia pode levar à ulceração e sangramento importante e está indicada apenas na suspeita de outros tumores de partes moles, como o hemangioendotelioma kaposiforme, rabdomiossarcoma, entre outros.¹

O tratamento está indicado para pacientes menores de dois anos, com diagnóstico de hemangioma infantil e com pelo menos uma das características a seguir: acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal, risco de dano funcional ou cosmético permanente, insuficiência cardíaca de alto débito, lesão extensa ou de crescimento rápido em período não superior a um ano. As modalidades de tratamento são: corticoides intralesionais ou tópicos (se lesões pequenas e não complicadas),² exérese cirúrgica e tratamento sistêmico. As drogas são utilizadas em monoterapia, e devem ser introduzidas na seguinte ordem: em primeiro lugar, corticoide sistêmico; se houver efeitos adversos limitantes ou não for alcançada resposta, descontinuar esta medicação e iniciar propranolol; por último, alfainterferon. O corticoide sistêmico é o tratamento de escolha na grande maioria dos casos, e deve ser observado o tempo de tratamento (que não deve ultrapassar seis

meses) e a dose (3 mg/kg/dia). Os principais efeitos colaterais são irritabilidade, alteração de comportamento, aspecto cushingoide e atraso transitório do desenvolvimento. O propranolol é utilizado no caso de falha da corticoterapia, na dose de 2 mg/kg/dia a 3 mg/kg/dia, via oral, de 8/8 horas. Os principais efeitos colaterais são hipotensão, bradicardia, hipoglicemia e broncoespasmo. Apesar de bastante seguro, os últimos consensos orientam para internação breve nas primeiras seis horas de administração da droga, para monitoramento dos sinais vitais. Caso haja hipotensão ou bradicardia, diminuir a dose pela metade.³ A refratariedade do tratamento é considerada quando não houver regressão de mais de 25% da lesão após 90 dias de tratamento.⁴ O alfa interferon é usado na dose de 100.000 UI/kg/dia subcutâneo e o tratamento não deve ultrapassar 12 meses. Os principais efeitos colaterais são reação febril e neutropenia transitória.

CONCLUSÃO

Os hemangiomas infantis são tumores vasculares comuns na infância. Apesar da relativa facilidade no diagnóstico, é o tratamento dessas lesões que representa o grande desafio. A conduta correta, realizada precocemente, pode evitar danos funcionais e estéticos importantes na criança.

REFERÊNCIAS

1. Kwon EM, Seefeldt M, Drolet BA. Infantile hemangiomas: an update. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(2):111-23.
2. Qiu Y, Ma G, Yang J, et al. Imiquimod 5% cream versus timolol 0.5% ophthalmic solution for treating superficial proliferating infantile haemangiomas: a retrospective study. *Clin Exp Dermatol.* 2013. [Epub ahead of print].
3. Léauté-Labrèze C, Dumas de la Roque E, Hubiche T, et al. Propranolol for severe hemangiomas of infancy. *N Engl J Med.* 2008;358(24):2649-51.
4. Caussé S, Aubert H, Saint-Jean M, et al. Propranolol-resistant infantile haemangiomas. *Br J Dermatol.* 2013;169(1):125-9.

EDITORES RESPOSÁVEIS POR ESTA SEÇÃO:

Hamilton Ometto Stof. Professor doutor, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Ricardo Romiti. Professor assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INFORMAÇÕES

Endereço para correspondência:

Hamilton Ometto Stolf
Departamento de Dermatologia e Radioterapia
Campus Universitário de Rubião Jr, s/nº
Botucatu (SP)
CEP 18618-000
Tel. (14) 3882-4922
E-mail: hstolf@fmb.unesp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 10 de agosto de 2013

Data da última modificação: 4 de setembro de 2013

Data de aceitação: 12 de outubro de 2013

PALAVRAS-CHAVE:

Hemangioma.

Criança.

Neoplasias.

Hemangioma capilar.

Hemangioma cavernoso.

RESUMO

Contexto: Os hemangiomas infantis são os tumores vasculares benignos mais comuns da infância e representam um desafio em relação ao tratamento.

Descrição do caso: Descrevemos o caso de uma criança do sexo masculino, de quatro meses de idade, que apresentava um hemangioma de grande extensão na região cervical direita.

Discussão: Apresentamos as diversas formas de tratamento dos hemangiomas da infância, com ênfase no tratamento com betabloqueadores sistêmicos.

Conclusões: Apesar de o diagnóstico dos hemangiomas infantis não apresentar complexidade, há várias formas de tratamento, com base na localização, no tamanho e nas complicações possíveis de cada lesão em particular.