

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

NILO FIALHO CAPIBARIBE NETO

**USO DE AGENTE ESCLEROSANTE COMO COADJUVANTE AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DO HEMANGIOMA CAVERNOSO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO**

**PATOS – PB
2017**

NILO FIALHO CAPIBARIBE NETO

**USO DE AGENTE ESCLEROSANTE COMO COADJUVANTE AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DO HEMANGIOMA CAVERNOSO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha.

**PATOS – PB
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

C243u Capibaribe Neto, Nilo Fialho

Uso de agente esclerosante como coadjuvante ao tratamento cirúrgico do hemangioma cavernoso em língua: relato de caso / Nilo Fialho Capibaribe Neto. – Patos, 2017.
59 f.:il.; color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

"Orientação: Prof. Dr. Julierme Ferreira Rocha".

Referências.

1. Hemangioma. 2. Escleroterapia. 3. Lesões vasculares.
4. Língua. I. Título.

CDU 616.314-084

NILO FIALHO CAPIBARIBE NETO

USO DE ESCLEROSANTE COMO COADJUVANTE AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO DO HEMANGIOMA CAVERNOSO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG, como parte
dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em 22/11/2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Juliano Ferreira Rocha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. Eduardo Dias Ribeiro – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof. Dr. Rodrigo Alves Ribeiro – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

COPIA DO ORIGINAL
23
NILO FIALHO NETO
USO DE ESCLEROSANTE

PATOS – PB
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente **a Deus** por ter me concedido forças, sabedoria, e a paciência necessária para concluir este trabalho.

A minha rainha **Roseane Barbosa Capibaribe** (mãe) pelo amor incondicional, e pela educação impecável que me deu. Grato também, por toda força e apoio nos momentos mais difíceis, em que a senhora nunca mediu esforços para fazer sempre o melhor por mim. Obrigado mãe, essa conquista também é sua!

Ao meu pai **Julio César Abrantes Barreto** pelo apoio, e que apesar da sua ausência eu o amo muito.

Aos meus irmãos **Tullio César Barbosa Capibaribe Barreto, Kahlil César Barbosa Capibaribe, Esther Santos, Cassiano Santos e Julio Filho**, pelo companheirismo de sempre, amo todos vocês! Apesar da distância geográfica, nós estamos sempre interconectados no pensamento, e quando nos encontramos a festa é certa.

Ao meu avô materno **Nilo Fialho Capibaribe** (*in memoriam*). Difícil falar do senhor vovô... Um esposo, pai, avô, um ser humano exemplar. Nunca teve momento ruim ou difícil para o senhor, mesmo nas fases mais turbulentas você sempre via uma “luz no fundo do túnel”. Você se foi, mas deixou muitas alegrias em nossos corações e momentos lindos em nossas memórias. Nunca irei me esquecer da ‘cartinha’ que você me deu em 22/03/2010, quando comprou uma bermuda para mim e no final da carta dizia – “Estude, procure andar direito, como homem”. Honrarei seu nome com todo orgulho, te amo eternamente!

A minha avó materna Excelentíssima **Maria Zilma Barbosa Capibaribe** por ser essa mulher guerreira, de fibra, amável, que ajuda ao próximo sem ver a quem. A senhora é um espelho para mim vovó, uma pessoa provinda de família carente, que estudou incessantemente para ser alguém na vida, e conseguiu todo sucesso profissional que almeijou para dar uma melhor condição de vida para seus filhos e netos. Obrigado vovó pelo amor incondicional, apoio financeiro e por sempre acreditar que a educação (estudo) é o melhor caminho para edificar a dignidade do homem.

Agradeço a **toda minha família** por terem me apoiado nessa caminhada.

Ao meu orientador e amigo **Julierme Ferreira Rocha**, exemplo de competência, dedicação e amor pela profissão. Levarei comigo seus conselhos, e sua maior virtude, a humildade. Sem ela, não vamos a lugar algum. Grato pela oportunidade de fazer parte da Liga Acadêmica de Cirurgia (LAC), onde eu pude não apenas enriquecer minha experiência clínica na área cirúrgica, mas principalmente aprender a cuidar de pessoas como um todo. Já dizia Carl Jung “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

A minha ilustre banca, composta pelo **Professor Eduardo Dias Ribeiro**, e pelo **Professor Rodrigo Alves Ribeiro** que se dispuseram a participar deste dia ímpar da minha vida, e enriquecer este trabalho com seus conhecimentos. Prof. Eduardo Dias, grato pelos conselhos, ensinamentos e pela paz que o senhor transmite nos momentos cirúrgicos. E Prof. Rodrigo Alves, grato por aceitar participar da minha banca, pela amizade, e pelos ensinamentos durante minha graduação.

Ao meu amigo e conterrâneo **Antonio Walter Brito Neto**, CTBMF de Crato-CE responsável por conduzir este caso. O mesmo não pôde estar presente nesta data ímpar por motivos maiores, mas agradeço por ter me concedido a oportunidade de estagiar no CEO de Crato-CE, expandindo meus conhecimentos na área de cirurgia oral.

Ao Professor **Jorge Pontual Waked**, por todos ensinamentos, paciência e ajuda nesse trabalho, visto que foi ele quem me incentivou a escrevê-lo, porém devido o seu afastamento da universidade para seu doutorado não foi possível continuar como meu orientador. Valeu mestre!

Agradeço aos Professores **George João Ferreira do Nascimento, Cyntia Helena Carvalho e Keila Martha Amorim Barroso**, pela oportunidade de fazer parte da Liga Acadêmica de Diagnóstico Oral (LADO), expandindo meus conhecimentos na área da patologia oral.

Grato a **todos os professores** desde o maternal até a educação superior por me proporcionarem o dom do conhecimento e sabedoria. “Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina” - Cora Coralina.

À **Luíza Lilandra Teixeira Candido**, amiga, companheira, um ser especial em minha vida, que acompanhou toda a minha jornada acadêmica, mantendo minha calma e trazendo equilíbrio nos momentos mais difíceis, somando e acreditando em

meu potencial. Grato também a sua família 'Toinha' e Raimundo Candido, por todo amor, carinho e por estarem sempre vibrando com minhas vitórias.

A **minha turma – Odontologia 2013.1**, que sempre me acolheram bem. Sucesso pessoal!! Agradeço em especial aos meus amigos que estiveram mais próximo nessa caminhada, me apoiando, incentivando, somando e trazendo equilíbrio aqui em Patos, longe da minha família. São eles: **Henrique Mello, Tallyson Sá, Ronny Rocha, Alberto Neto, Thiago Dantas, Felipe Braga, Décio Resende, Felipe Vasconcelos Jéssica Miranda, Yasmin Veras, Andrezza Moura, Heloísa Fernandes e Fabíola Gabriellen.**

A **Vanda** e sua filha **Kamily** (vizinhos e donos da casa onde morei 04 anos aqui em Patos), por suprir o apoio da minha família sempre que necessitei. E a minha amiga e paciente aqui do bairro Jatobá **Josilma (vivi)** que sempre me ajudou quando precisei e vibra com minhas conquistas.

A **todos os funcionários** da Universidade federal de campina grande – UFCG, em especial a **Damião, Neuma, Diana, Pollyana, Soró, Patrícia, Islane, Vânia e Laninha** (Clínica Escola); **Neta, Dona Maria e Fátima** (Restaurante Universitário), muito obrigado por toda atenção e ajuda.

Finalmente, **a todos** aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta conquista, o meu muito obrigado!

RESUMO

O hemangioma é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma neoplasia vascular benigna, caracterizada pela proliferação anormal de vasos sanguíneos. Pode ter etiologia congênita ou traumática, prevalecendo na região de cabeça e pescoço, podendo acometer a pele, as membranas mucosas e o osso. Clinicamente apresenta-se como mácula, bolha ou nódulo cuja coloração varia do vermelho intenso ao roxo de acordo com sua localização e profundidade no tecido. Este trabalho objetiva relatar um caso de hemangioma cavernoso em língua tratado através da esclerose terapêutica com injeções semanais de Oleato de monoetanolamina (Ethamolin), como coadjuvante ao tratamento cirúrgico. Paciente do gênero masculino, 12 anos, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Crato-CE com laudo histopatológico de Hemangioma Cavernoso na língua. A mãe do paciente relatou que a criança é portadora da lesão desde o seu nascimento, com histórico de aumento de tamanho e mudança de coloração no decorrer da vida do paciente. Clinicamente a lesão apresentava-se bastante edemaciada, rugosa, com várias lesões papilares sésseis difusas, assintomática e com coloração que variava do vermelho intenso ao roxo. Por meio de um diagnóstico preciso e de uma conduta terapêutica adequada, o caso apresenta-se em preservação há 1 ano e 7 meses, sem sinais de recidiva, melhorando seu comportamento psicossocial, sua fonação e deglutição, além de um resultado estético satisfatório.

Palavras-chave: Hemangioma, Escleroterapia, Lesões Vasculares, Língua

ABSTRACT

The hemangioma is, according to the World Health Organization (WHO), a benign vascular neoplasm, characterized by abnormal proliferation of blood vessels. It can be congenital or traumatic etiology prevalent in head and neck, and can affect the skin, mucous membranes and bone. Clinically it presents as a macula, blister or nodule whose color varies from deep red to purple according to its location and depth in the tissue. This study aims to report a case of cavernous hemangioma in a tongue treated with therapeutic sclerosis with weekly injections of monoethanolamine oleate (Ethamolin), as coadjuvants to surgical treatment. A 12-year-old male patient attended from Crato-CE in Center for Dental Specialties (CEO) with a histopathological report of Cavernous Hemangioma in the tongue. The patient's mother reported that the child has had the lesion since birth, with an increase in size and color change throughout the patient's life. Clinically, the lesion was swollen, with several diffuse sessile papillary lesions, asymptomatic and with a color ranging from deep red to purple. Through a precise diagnosis and adequate therapeutic management, the case has been undergoing preservation for 1 year and 7 months, without signs of relapse, improving its psychosocial behavior, phonation and swallowing, and a satisfactory aesthetic result.

Keywords: Hemangioma, Sclerotherapy, Vascular Lesions, Tongue

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Aspecto macroscópico da lesão;	29
Figura 02 – Conduta terapêutica;	30
Figura 03 – Aspecto clínico do dorso lingual, após a 1º semana de tratamento;	31
Figura 04 – Redução considerável das pápulas eritematosas no ventre lingual, após a 1º semana de tratamento;	31
Figura 05 – Aspecto clínico do dorso lingual, após a 2º semana de tratamento;	32
Figura 06 – Aspecto clínico do dorso lingual, após a 3º semana de tratamento;	33
Figura 07 – Aspecto clínico do ventre lingual, após a 3º semana de tratamento;	33
Figura 08 – Aspecto clínico do dorso lingual, após a 4º semana de tratamento;	33
Figura 09 – Demarcação da área cirúrgica;	34
Figura 10 – Incisão de Egyedi e Obwegeser;	34
Figura 11 – Aspecto da língua após a ressecção cirúrgica;	34
Figura 12 – Técnica de glossectomia parcial;	35
Figura 13 – Um mês de pós-operatório – dorso lingual;	36
Figura 14 – Três meses de pós-operatório – dorso lingual;	36
Figura 15 – Três meses de pós-operatório - borda lateral de língua;	36
Figura 16 – Um ano e sete meses de pós-operatório – dorso lingual;	36
Figura 17 – Um ano e sete meses de pós-operatório - borda lateral de língua;	37
Figura 18 – Um ano e sete meses de pós-operatório – ventre lingual.	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 HEMANGIOMA	13
2.2 MACROGLOSSIA	16
REFERÊNCIAS	19
3 ARTIGO CIÊNTÍFICO	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
ANEXOS	49
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	49
ANEXO B – CARTA DE TRASNFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS	50
ANEXO C – TERMOS DA REVISTA.....	51

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2017), o hemangioma é considerado uma neoplasia benigna caracterizada pela proliferação anormal dos vasos sanguíneos (ANDRADE et al., 2014; MANDÚ et al., 2013; CRUZ et al., 2011; SEO et al., 2009).

Clinicamente o hemangioma é caracterizado como mácula, bolha ou nódulo, de conteúdo sanguinolento cuja coloração varia do vermelho intenso ao roxo, de acordo com sua localização e profundidade no tecido (ALMEIDA E CAMARGO, 2014; ANDRADE et al., 2014; QUEIROZ et al., 2014).

Em 1982, Mulliken e Glowacki relataram uma nova classificação das lesões vasculares baseada nas manifestações clínicas, no quadro histopatológico e na história natural, sendo mais simples e menos confuso do que outros sistemas de classificação (FILHO et al., 2015; SOUZA, 2015; QUEIROZ et al., 2014; SEO et al., 2009).

O hemangioma é caracterizado por três fases: a de proliferação, a de involução e a de retorno à condição normal (PALMA et al., 2016; CALIENTO et al., 2014; MANDÚ et al., 2013; SEO et al., 2009; NINA et al., 2006).

O diagnóstico é feito pelos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos e pela manobra semiotécnica de vitropressão, a qual é imprescindível para estabelecer o diagnóstico diferencial de patologias de natureza vascular (PALMA et al., 2016; ALMEIDA E CAMARGO, 2014; ANDRADE et al., 2014; CARDOSO et al., 2010).

Diversos métodos de tratamento vêm sendo empregados na tentativa de controlar o crescimento e antecipar a regressão do hemangioma, como o uso de corticosteroides (sistêmicos ou tópicos), crioterapia, embolização, escleroterapia associadas ou não à excisão cirúrgica, radioterapia (PALMA et al., 2016; ALMEIDA E CAMARGO, 2014; MANDÚ et al., 2013; CARDOSO et al., 2010), microembolizações e recentemente lasers de érbio. (SATISH et al., 2014).

A língua desempenha muitas funções, dentre elas deglutição, fonação, respiração, desenvolvimento normal do processo alveolar, da estrutura óssea da face (CYMROT et al., 2012) e está diretamente relacionada à oclusão (LOPES et al., 2009).

Macroglossia é uma doença de etiologia múltipla, classificada como verdadeira ou como relativa. Sua indicação para o tratamento cirúrgico baseia-se na presença de algumas consequências da macroglossia, dentre elas: dificuldade de deglutição, fonação e respiração, alterações dento-esqueléticas e problemas psicológicos associados à estética (LOPES et al., 2009).

Assim, os procedimentos cirúrgicos buscam reduzir o tamanho e volume da língua, enquanto são mantidas mobilidade e a função (TEIXEIRA et al., 2010).

Vários autores descreveram diferentes incisões para a correção cirúrgica da macroglossia por meio da glossectomia parcial. Tais técnicas cirúrgicas podem ser divididas em dois grupos: glossectomia ao longo da linha mediana e glossectomia na região periférica da língua (LOPES et al., 2009; GASPARIN et al., 2002).

Alterações orofaciais por ação excessiva da língua nas estruturas circundantes ocorrem com frequência, como o aumento do ângulo goníaco e da altura anterior da face, desenvolvimento de mordida aberta anterior, diastemas, má oclusão classe III de Angle, mordidas cruzadas anterior e posterior, e vestibularização de dentes anteriores (HAIDAR, 2016).

A glossectomia pode ser conduzida através de muitas técnicas criadas por diferentes autores. Cada método tem vantagens e desvantagens que devem ser consideradas de acordo com as particularidades de cada procedimento (HAIDAR, 2016).

O objetivo desse trabalho será relatar um caso de hemangioma cavernoso em língua tratado por escleroterapia como coadjuvante ao tratamento cirúrgico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HEMANGIOMA

O termo hemangioma foi empregado durante anos, de forma ampla e indiscriminada, para nomear anomalias vasculares totalmente distintas quanto a sua gênese, características clínicas e histopatológicas, evolução e prognóstico (SANTOS et al., 2014; GONTIJO, SILVA, PEREIRA, 2003).

Hemangioma é um termo clínico que nomeia uma neoplasia vascular benigna ou uma malformação vascular de origem endotelial (ALVES et al., 2006).

Segundo George, Mani e Noufal (2014) hemangiomas são verdadeiras neoplasias de células endoteliais e devem ser diferenciados de malformações vasculares que são defeitos localizados de morfogênese vascular (PALMA et al., 2016).

Para Van Doorne et al. (2002), a má-formação vascular é dividida em: capilar, capilar-venosa, venosa e arteriovenosa, podendo ainda ser encontrada uma mistura desses componentes (ASSIS et al., 2009).

O hemangioma é descrito como sendo uma anomalia de desenvolvimento ou hamartoma e não uma verdadeira neoplasia (ANDRADE et al., 2014; RIBAS et al., 2004). E segundo (PALMA et al., 2016; SOUZA, 2015; SATISH et al., 2014; NEVILLE, 2009) o termo hemangioma tem sido usado corriqueiramente para descrever uma variedade de anomalias vasculares de desenvolvimento.

Virchow, em 1863, foi quem classificou pela primeira vez as anomalias vasculares, com base em seu quadro microscópico, em angioma simples, cavernoso e racemoso (FILHO et al., 2015; PITTA E GOMES, 2009).

Em 1982, Mulliken e Glowacki relataram uma nova classificação das lesões vasculares baseada nas manifestações clínicas, no quadro histopatológico e na história natural, distinguindo-as em hemangiomas e malformações vasculares. Embora apresentem aspectos clínicos e microscópicos muito semelhantes, possuem uma evolução diferente (CARDOSO et al., 2010). Os hemangiomas têm proliferação endotelial cujo crescimento é rápido, seguido de involução gradual. Já as malformações vasculares não apresentam proliferação endotelial e ocorre desde o

nascimento, persistindo por toda a vida (FILHO et al., 2015; QUEIROZ et al., 2014; RINALDI et al., 2013; SEO et al., 2009).

Porém em 1996, a Sociedade Internacional para o Estudo de Anomalias Vasculares (ISSVA), revisou a classificação de Mulliken e Glowacki e dividiu as anomalias vasculares de modo simples e prático em duas categorias: tumores vasculares e malformações vasculares (MAHADY et al., 2015), pela ausência de uma classificação diagnóstica aceita internacionalmente, impossibilitando a padronização terapêutica adequada, bem como dificultando a criação de condutas protocoladas.

A etiologia do hemangioma é variável, podendo ser de origem congênita, ou traumática (ROCHA et al., 2014; PRADO et al., 2011; SEO et al., 2009). Geralmente são assintomáticos, porém o crescimento progressivo da lesão pode favorecer injúrias traumáticas locais, causando dor, ulcerações e sangramentos inesperados (PALMA et al., 2016; SEO et al., 2009).

A sua maior incidência é relatada logo após o nascimento ou na primeira infância e alguns casos se desenvolvem na fase adulta (NEVILLE et al., 2016; ASSIS et al., 2009), havendo predileção pelo sexo feminino (PRANITHA et al., 2014; BARTHI, SINGH, 2012; COSTA FILHO et al., 2011). O hemangioma pode acometer qualquer parte do corpo, ocorrendo frequentemente na região de cabeça e pescoço, porém há casos relatados na pele, na mucosa e no osso. (ANDRADE et al., 2014).

Segundo Costa Filho et al. (2011); Ribas, Laranjeira e Sousa (2004), os lábios, a língua, a mucosa jugal e o palato são regiões orais de maior incidência dos hemangiomas, embora possa ocorrer em qualquer parte do corpo, inclusive na pele, na mucosa e no osso.

Clinicamente o hemangioma é caracterizado como mácula, bolha ou nódulo, de conteúdo sanguinolento cuja coloração varia do vermelho intenso ao roxo, de acordo com sua localização e profundidade no tecido (ALMEIDA E CAMARGO, 2014; ANDRADE et al., 2014; QUEIROZ et al., 2014). Entretanto outros autores consideram que hemangiomas podem ser classificados clinicamente em: capilar ou em morango - forma superficial do hemangioma da infância; hemangioma plano (mancha vinho do porto); juvenil; cavernoso (cl clinicamente azulado) - lesões profundas (FILHO et al., 2015); e arteriovenoso. (GONTIJO et al., 2003).

Segundo Seo et al. (2009), os hemangiomas podem ainda ser classificados como capilar ou carvenoso. Sendo o primeiro a forma mais comum, podendo ter origem congênita ou traumática, com tendência a involução espontânea durante os primeiros anos de vida. Já o segundo é a forma menos frequente, localizado em maior profundidade e não costuma regredir.

Em relação ao crescimento o hemangioma é caracterizado por três fases: a de proliferação, a de involução e a de retorno à condição normal. A primeira corresponde ao período de crescimento rápido, ocorrendo entre o nascimento e o primeiro ano de idade. A segunda é relacionada a um período de regressão, compreendendo de um a sete anos de idade. A última é a completa regressão da lesão, apesar de ser possível não ocorrer. (PALMA et al., 2016; CALIENTO et al., 2014; MANDÚ et al., 2013; SEO et al., 2009; JOHANN et al., 2005).

O diagnóstico é feito pelos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos. A manobra semiotécnica de vitropressão (ou diascopeia) é imprescindível para diferenciar as lesões vasculares das lesões pigmentadas. Tal manobra consiste na compressão da lesão com uma lâmina de vidro, fazendo com que a mesma fique pálida momentaneamente devido o escoamento do sangue, retornando ao seu volume primitivo após a remoção da compressão. No caso das lesões pigmentadas, o mesmo não ocorre (PALMA et al., 2016; ALMEIDA E CAMARGO, 2014; ANDRADE et al., 2014; CARDOSO et al., 2010).

O oleato de etanolamina (Ethamolin®) é um derivado do ácido oleico, com propriedades hemostáticas comprovadas. O componente oleico provoca a coagulação local por meio da ativação do fator de hagemman, e a etanolamina inibe a formação do coágulo de fibrina pela quelação do cálcio. E, a ação conjunta dessas substâncias permite um equilíbrio hemostático, evitando a hemorragia após sua administração nas lesões vasculares. O Ethamolin® atua primariamente por irritação da camada íntima endotelial da veia e produz uma resposta inflamatória estéril dose-relacionada. Isso resulta em fibrose da parede do vaso e possível oclusão da veia (MANDÚ et al., 2013; PRADO et al., 2011).

Segundo Silva et al. (2013), a escleroterapia tem sido utilizada por um longo tempo para o tratamento das lesões vasculares, por ser considerada segura e conservadora.

Hou (2011) defende em seu estudo que a escleroterapia é o método mais seguro quando não ocorre involução, tornando possível a regressão total ou parcial da lesão

e facilitando a ressecção posterior através da intervenção cirúrgica, caso seja necessário.

Há várias opções de tratamento, e a escolha deve ser realizada de forma cautelosa, levando em consideração sua extensão e localização, e assim empregar um método que apresente melhor eficácia, seja ele medicamentoso ou cirúrgico (SOUZA, 2015). Dentre as opções de tratamento pode-se citar escleroterapia, laserterapia, embolização, corticosteroides, crioterapia, radioterapia, ressecção cirúrgica (PALMA et al., 2016; ALMEIDA E CAMARGO, 2014; ANDRADE et al., 2014; SATISH et al., 2014; MANDÚ et al., 2013; CARDOSO et al., 2010) e doppler colorido (ASSIS et al., 2009), o qual também auxilia no tratamento, uma vez que este exame indica se a nutrição da alteração tem origem venosa e/ou arterial, evitando hemorragias inesperadas durante a cirurgia.

Diante de uma lesão vascular, em hipótese alguma, é realizado biópsia incisional em virtude dos riscos hemorrágicos. Alguns fatores, como idade e condição sistêmica do paciente, características como extensão, profundidade e evolução da lesão, envolvimento de estruturas adjacentes, dor e suspeita de malignidade são considerados no plano de tratamento (CARDOSO et al., 2010).

De acordo com American Academy of Dermatology (1997), o tratamento do hemangioma deve ser fundamentado, de acordo com os 5 principais objetivos: prevenir complicações e deformações permanentes, minimizar o desconforto psicossocial, evitar procedimentos agressivos e tratar a lesão, a fim de minimizar cicatrizes, infecção ou dor (MANDU et al., 2013; CARDOSO et al., 2010).

O prognóstico do hemangioma é excelente, uma vez que não tende a reaparecer ou sofrer transformação maligna, após o tratamento adequado (BARTHI, SINGH, 2012).

2.2 MACROGLOSSIA

Macroglossia é uma doença de etiologia múltipla, classificada como verdadeira, quando há o alargamento ou crescimento excessivo da língua, e como relativa, quando há um desequilíbrio entre o tamanho da língua e da cavidade oral, resultando em espaço insuficiente para a estrutura em questão (LOPES et al., 2009).

A indicação do tratamento cirúrgico baseia-se na dificuldade de deglutição, fonação e respiração, alterações dento-esqueléticas pela ação excessiva da língua

nas estruturas adjacentes e problemas psicológicos associados à estética (LOPES et al., 2009).

Vários autores descreveram diferentes incisões para a correção cirúrgica da macroglossia por meio da glossectomia parcial. Tais técnicas cirúrgicas podem ser divididas em dois grupos: glossectomia ao longo da linha mediana e glossectomia na região periférica da língua, ambas as técnicas incluem a ressecção de uma porção de tecido e a sutura subsequente das margens (LOPES et al., 2009; GASPARIN et al., 2002).

Assim, quando não tratada a macroglossia causa diversas consequências, como incontinência salivar, dislalia (dificuldade de articular palavras), dificuldade na mastigação, na deglutição e obstrução de vias aéreas (HAIDAR, 2016).

Alterações orofaciais por ação excessiva da língua nas estruturas circundantes ocorrem com frequência, como o aumento do ângulo goníaco e da altura anterior da face, desenvolvimento de mordida aberta anterior, diastemas, maloclusão de classe III de Angle, mordidas cruzadas anterior e posterior, e vestibularização de dentes anteriores. Diante disso a aparência física anormal do paciente pode resultar em uma falsa impressão de deficiência mental, gerando problemas estéticos, psicológicos e dificuldades nas interações sociais (HAIDAR, 2016).

Uma das intercorrências cirúrgicas é a lesão às artérias linguais, necrose da língua, apesar de ser raro, devido ao suprimento sanguíneo colateral e às anastomoses. Edema pós-operatório é bastante comum, por isso as suturas não devem ser superficiais, evitando deiscência (LOPES et al., 2009).

Há também alguns riscos potenciais e complicações inerentes à técnica de glossectomia parcial, como obstrução das vias aéreas superiores devido ao edema lingual, parestesia da língua, perda da gustação, disfunção motora causada por trauma ao nervo hipoglosso, hipomobilidade lingual como consequência ao processo de cicatrização, injúrias ao ducto salivar, aspecto globular e problemas mastigatórios e de fonação (LOPES et al., 2009).

O tratamento da glossectomia pode ser conduzido através de muitas técnicas criadas por diferentes autores. Cada método tem vantagens e desvantagens que devem ser consideradas de acordo com as particularidades de cada procedimento (HAIDAR, 2016).

Diversos autores descreveram diferentes incisões para a correção cirúrgica da macroglossia. Incisões na porção periférica da língua foram descritas por Buttin e

Ensign (1993) e por Dingman e Grabb (1993) e resultam em hipomobilidade lingual e aspecto globular. Incisão em forma de “V” no ápice lingual, relatada por Brair e Hendrick, está indicada para alteração apenas do comprimento da língua. Já a incisão elíptica na região mediana, descrita por Edgerton (1950), altera a largura lingual, sem modificar seu comprimento. Morgan (1996) propõe ressecção combinada com formato de fechadura, obtendo redução transversal e longitudinal simultaneamente. Outros autores, como Köle (1991), Egyedi e Obwegeser, também descreveram incisões combinadas da região anterior com a região mediana posterior, com poucas diferenças entre si (LOPES et al., 2009; GAPARINI et al., 2002).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C. D.; CAMARGO, W. R. Hemangioma bucal. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. Vol.8,n.2,pp.59-61 (Set - Nov 2014).
- ANDRADE, R. F. et al. Abordagem cirúrgica de hemangioma cavernoso em língua: relato de caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 12, n. 1, p. 504-512, jan./jul. 2014.
- ASSIS, G. M. D. et al. Hemangioma de língua: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe**. v.9, n.2, p. 59 - 66, abr./jun.2009.
- BARTHI, V.; SINGH, J. Capillary hemangioma of palatal mucosa. **Journal of Indian Society of Periodontology** - Vol 16, Issue 3, Jul-Sep 2012.
- CALIENTO, R. et al. Tratamento de hemangioma por escleroterapia em aplicação única. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe** v.14, n.3, p. 27-32, jul./set. 2014.
- CARDOSO, C. L. et al. **Abordagem cirúrgica de hemangioma intraoral**. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 9 (2) 177-180, abr./jun., 2010. www.cro-pe.org.br.
- CRUZ, F. L. G. et al. Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.59, n.1, p.125-129, jan./mar., 2011.
- DOORNE, V. et al. Stricker Diagnosis and treatment of vascular lesions of the lip. British. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**- v.40, n.6, p. 457-503, Dez 2002.
- EDGERTON, M. The management of macroglossia when associated with prognathism. **Br. J. Plast. Surg**. v.3, n.2, p. 117-22, Jul 1950.
- FILHO, T. J. D. S. et al. Importância da GLUT1 no diagnóstico diferencial das anomalias vasculares. **J. Vasc. Bras**. v.14, n.2, p. 168-176, Abr-Jun 2015.
- GASPARINI, G. Surgical management of macroglossia: discussion of 7 cases. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**. v.94, n.5, p.566-571, Nov 2002.
- GEORGE, A.; MANI, V.; NOUFAL, A. Update on the classification of hemangioma. **J. Oral Maxillofac. Pathol., Nova Delhi**,v.18, n.4, p.117-120, set. 2014.
- GONTIJO, B.; SILVA, C. M. R.; PEREIRA, L. B. Hemangioma da infância. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 78, n.6, p. 651-673, nov/dez 2003.
- Haidar, L. C. Glossectomia parcial em paciente com síndrome de Beckwith-Wiedemann: acompanhamento de 3 anos. **[Trabalho de Conclusão de Curso]**. apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13871/1/2016_LucasCostaHaidar.pdf>. Acesso em 08 Set. 2017, 16:45:10.

- JOHANN, A. et al. Sclerotherapy of benign oral vascular lesion with ethanolamine oleate: an open clinical trial with 30 lesions. **Oral Sug Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.100, p.579-584, 2005.
- LOPES, K. M. et al. Tratamento cirúrgico da macroglossia: relato de 2 casos. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe** v.9, n.1, p. 9 - 14, jan./mar. 2009.
- MAHADY, K. et al. Vascular anomalies of the head and neck in children. **Quant. Imaging. Med. Surg.** v.5, n. 6, p. 886-897, dez 2015.
- MANDÚ, A. L. C. et al. Escleroterapia de hemangioma: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe** v.13, n.1, p. 71-76 , jan./mar. 2013.
- NINA, B. I. D. et al. Apresentação, evolução e tratamento dos hemangiomas cutâneos – Experiência do Ambulatório de Dermatologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **An Bras Dermatol.** v.81, n.4, p. 323-227, Jan 2006.
- NEVILLE, B. W. et al. Tumores dos tecidos moles. **Patologia Oral & Maxilofacial.** Rio de Janeiro, Elsevier, 2016. cap.12, p.540-545.
- PALMA, F. R. et al. Escleroterapia de hemangioma oral. Relato de caso. **Salusvita, Bauru**, v. 5, n. 1, p. 85-93, 2016.
- PITTA, G. B. B.; GOMES, R. R. Tratamento de hemangioma ulcerado: relato de caso. **J. Vasc. Bras** 2009, Vol. 8, N° 3.
- PRADO, B. N. et al. Uso de oleato de etanolamina para hemangiomas da cavidade bucal: um estudo de cinco anos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo.** v.23, n.1, p. 42-5, jan-abr, 2011.
- QUEIROZ, S. I. M. L. et al. Tratamento de hemangioma oral com escleroterapia: relato de caso. **Vasc. Bras.** v.13, n.3, p. 249-253. Jul-Set, 2014.
- RIBAS, M. D. O.; LARANJEIRA, J.; SOUSA, M. H. Hemangioma bucal: escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão da literatura e apresentação de caso. **Rev. de Clín. Pesq. Odontol.**, v.1, n.2, out./dez. 2004.
- RINALDI, S. et al. Disfiguring facial hemangioma compromising labial functionality: a case report. **Ann Ital Chir;** v.84, n.9, Abr, 2013.
- ROCHA, A. B. M. D. et al. Escleroterapia de hemangioma em borda lateral de língua: relato de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 3 – especial, p. 398-402, set./dez. 2014.
- SATISH, V. et al. Capillary Hemangioma in Maxillary Anterior Region: A Case Report. **International Journal of Clinical Pediatric Dentistry.** v.7, n.2, p.144-147. May-August, 2014.

SEO, J. et al. Escleroterapia de hemangioma labial. São Bernardo do Campo, SP. **Revista Odonto**. v. 17, n. 34, jul./dez. 2009.

SOUZA, J. F. D. Hemangioma infantil em região posterior de língua: relato de caso. **[Trabalho de Conclusão de Curso]** da Universidade Federal da Paraíba UEPB, 2015. Disponível em:
<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8093/1/PDF-%20Jeane%20Fernandes%20de%20Souza.pdf>>. Acesso em 08 Set. 2017, 16:30:45.

TEIXEIRA, F. D. A. A. et al. Macroglossia: revisão da literatura. **Rev. Bras. Cir Craniomaxilofac**. v.13, n.2, p.107-110, 2010.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

USO DE AGENTE ESCLEROSANTE COMO COADJUVANTE AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HEMANGIOMA CAVERNOSO EM LÍNGUA: RELATO DE CASO

USE OF SCLEROSANT AGENT AS A CO-ADJUVANT TO THE SURGICAL TREATMENT
OF CAVERNOUS TONGUE HEMANGIOMA: CASE REPORT

AUTORES:

Nilo Fialho Capibaribe NETO

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

nilocapi@gmail.com

Antonio Walter Brito NETO

Cirurgião Bucomaxilofacial do Hospital São Raimundo de Crato-CE

dr.awalterbn@gmail.com

Alana Maria Oliveira Dias BRITO

Cirurgiã Dentista pela Faculdade Leão Sampaio (FALS)

alanadiaz@yahoo.com.br

Eduardo Dias RIBEIRO

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil. – UFCG

eduardodonto@yahoo.com.br

Julierme Ferreira ROCHA

Faculdade de Odontologia, UFCG Universidade Federal de Campina Grande, Patos, PB,
Brasil.

juliermerocha@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Julierme Ferreira Rocha - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos-Paraíba - Brasil.

Email: juliermerocha@hotmail.com

RESUMO

O hemangioma é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma neoplasia vascular benigna, caracterizada pela proliferação anormal de vasos sanguíneos. Pode ter etiologia congênita ou traumática, prevalecendo na região de cabeça e pescoço, podendo acometer a pele, as membranas mucosas e o osso. Clinicamente apresenta-se como mácula, bolha ou nódulo cuja coloração varia do vermelho intenso ao roxo de acordo com sua localização e profundidade no tecido. Este trabalho objetiva relatar um caso de hemangioma cavernoso em língua tratado através da esclerose terapêutica com injeções semanais de Oleato de monoetanolamina (Ethamolin), como coadjuvante ao tratamento cirúrgico. Paciente do gênero masculino, 12 anos, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Crato-CE com laudo histopatológico de Hemangioma Cavernoso na língua. A mãe do paciente relatou que a criança é portadora da lesão desde o seu nascimento, com histórico de aumento de tamanho e mudança de coloração no decorrer da vida do paciente. Clinicamente a lesão apresentava-se bastante edemaciada, rugosa, com várias lesões papilares sésseis difusas, assintomática e com coloração que variava do vermelho intenso ao roxo. Por meio de um diagnóstico preciso e de uma conduta terapêutica adequada, o caso apresenta-se em proervação há 1 ano e 7 meses, sem sinais de recidiva, melhorando seu comportamento psicossocial, sua fonação e deglutição, além de um resultado estético satisfatório.

Palavras-chave: Hemangioma, Escleroterapia, Lesões Vasculares, Língua

ABSTRACT

The hemangioma is, according to the World Health Organization (WHO), a benign vascular neoplasm, characterized by abnormal proliferation of blood vessels. It can be congenital or traumatic etiology prevalent in head and neck, and can affect the skin, mucous membranes and bone. Clinically it presents as a macula, blister or nodule whose color varies from deep red to purple according to its location and depth in the tissue. This study aims to report a case of cavernous hemangioma in a tongue treated with therapeutic sclerosis with weekly injections of monoethanolamine oleate (Ethamolin), as coadjuvants to surgical treatment. A 12-year-old male patient attended from Crato-CE in Center for Dental Specialties (CEO) with a histopathological report of Cavernous Hemangioma in the tongue. The patient's mother reported that the child has had the lesion since birth, with an increase in size and color change throughout the patient's life. Clinically, the lesion was swollen, with several diffuse sessile papillary lesions, asymptomatic and with a color ranging from deep red to purple. Through a precise diagnosis and adequate therapeutic management, the case has been undergoing preservation for 1 year and 7 months, without signs of relapse, improving its psychosocial behavior, phonation and swallowing, and a satisfactory aesthetic result.

Keywords: Hemangioma, Sclerotherapy, Vascular Lesions, Tongue

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde¹ o hemangioma é considerado uma neoplasia benigna caracterizada pela proliferação anormal dos vasos sanguíneos.^{2, 3, 4, 5}

Clinicamente o hemangioma é caracterizado como mácula, bolha ou nódulo, de conteúdo sanguinolento cuja coloração varia do vermelho intenso ao roxo, de acordo com sua localização e profundidade no tecido.^{2, 6, 7}

Em 1982, Mulliken e Glowacki⁸ relataram uma nova classificação das lesões vasculares baseada nas manifestações clínicas, no quadro histopatológico e na história natural, sendo mais simples e menos confuso do que outros sistemas de classificação.^{7, 9, 10}

O hemangioma é caracterizado por três fases: a de proliferação, a de involução e a de retorno à condição normal.^{3, 5, 11, 12}

O diagnóstico é feito pelos achados clínicos, radiográficos e histopatológicos e pela manobra semiotécnica de vitropressão, a qual é imprescindível para estabelecer o diagnóstico diferencial de patologias de natureza vascular.^{2, 6, 11, 13}

Diversos métodos de tratamento vêm sendo empregados na tentativa de controlar o crescimento e antecipar a regressão do hemangioma, como o uso de corticosteroides (sistêmicos ou tópicos), crioterapia, embolização, escleroterapia associadas ou não à excisão cirúrgica, radioterapia^{3, 6, 11, 13}, microembolizações e recentemente lasers de érbio.¹⁴

A língua desempenha muitas funções, dentre elas deglutição, fonação, respiração, desenvolvimento normal do processo alveolar, da estrutura óssea da face¹⁵ e está diretamente relacionada à oclusão.¹⁶

Macroglossia é uma doença de etiologia múltipla, classificada como verdadeira ou como relativa. Sua indicação para o tratamento cirúrgico baseia-se na presença de algumas consequências da macroglossia, dentre elas: dificuldade de deglutição, fonação e respiração, alterações dento-esqueléticas e problemas psicológicos associados à estética.¹⁶

Assim, os procedimentos cirúrgicos buscam reduzir o tamanho e volume da língua, enquanto são mantidas mobilidade e a função.¹⁷

Vários autores descreveram diferentes incisões para a correção cirúrgica da macroglossia por meio da glossectomia parcial. Tais técnicas cirúrgicas podem ser divididas em dois grupos: glossectomia ao longo da linha mediana e glossectomia na região periférica da língua.^{16,18}

Alterações orofaciais por ação excessiva da língua nas estruturas circundantes ocorrem com frequência, como o aumento do ângulo goníaco e da altura anterior da face, desenvolvimento de mordida aberta anterior, diastemas, má oclusão classe III de Angle, mordidas cruzadas anterior e posterior, e vestibularização de dentes anteriores.¹⁹

A glossectomia pode ser conduzida através de muitas técnicas criadas por diferentes autores. Cada método tem vantagens e desvantagens que devem ser consideradas de acordo com as particularidades de cada procedimento.¹⁹

O objetivo desse trabalho será relatar um caso de hemangioma cavernoso em língua tratado por escleroterapia como coadjuvante ao tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente J.B.S.S., 12 anos, leucoderma, sexo masculino, compareceu ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Crato-CE com laudo histopatológico de Hemangioma Cavernoso na língua. Durante a anamnese a mãe do paciente relatou que a criança é portadora da lesão desde o seu nascimento, com histórico de aumento de tamanho e mudança de coloração no decorrer da vida do paciente. Mencionou também que, antes de comparecer ao CEO de Crato-CE, o paciente se tratava com o uso de Cloridrato de Propranolol 40mg (V.O), a cada 12h e Ácido Acetil Salicílico (AAS) 100mg (V.O), a cada 12h, ambos prescritos por um médico. De imediato, foram suspensos todos os fármacos que o paciente já vinha tomando.

No exame físico intra-oral, constatou-se que a lesão apresentava-se bastante volumosa, indolor à palpação, com várias lesões papilares sésseis difusas, com coloração que variava do vermelho intenso ao roxo, com aspecto rugoso e em estágio avançado (**Figura 1**). A conduta terapêutica de eleição foi a escleroterapia com infiltração de Oleato de Monoetanolamina (Ethamolin) 0,05 g/ml, diluído em Cloridrato de Lidocaína 2%, com epinefrina 1:100000, proporção 1:1, respectivamente (**Figura 2**). A aplicação foi realizada com uma ampola de 2ml de Ethamolin, diluída em um tubete de 1,8ml de Lidocaína, somando-se 3,8ml da solução diluída em cada sessão, uma vez por semana.



Figura 1: aspecto macroscópico da lesão

Fonte: Arquivo Pessoal

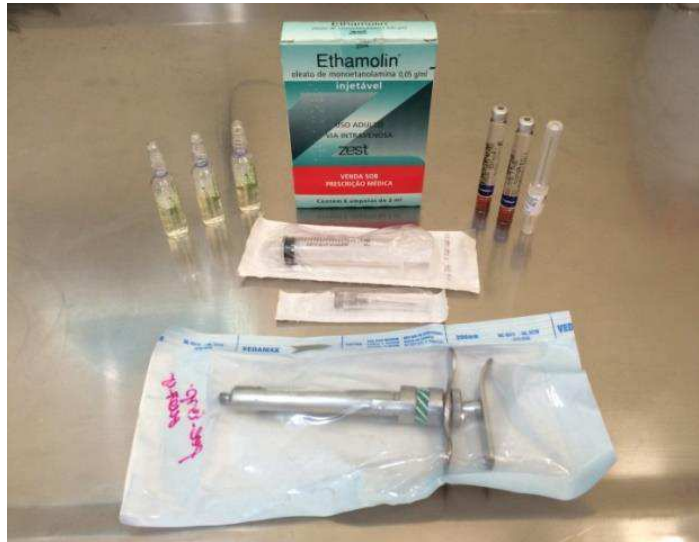


Figura 2: conduta terapêutica. Oleato de Monoetanolamina (Ethamolin) 0,05 g/mL, diluído em Cloridrato de Lidocaína 2%, com epinefrina 1:100000, proporção 1:1, respectivamente

Fonte: Arquivo Pessoal

A escleroterapia foi feita por 28 dias com aplicações uma vez por semana e intervalos semanais, até que se observe involução da lesão, com presença de fibrose local à palpação. Em seguida foi realizado glossectomia parcial a nível hospitalar, visando à redução da lesão patológica do comprimento e da largura lingual através da incisão combinada da região mediana posterior e anterior descrita por Egyedi e Obwegeser.

PARTE TERAPÊUTICA

Todo procedimento foi realizado com sedação consciente por óxido nitroso, uma vez que o tratamento bastante doloroso (devido à localização da lesão). Tal sedação relaxa o paciente durante anestesia, mas sem que ele perca a consciência e possa reagir a estímulos. Foi prescrito também Dexametasona 4mg (V.O), a cada 24h, para reduzir o edema.

PROTOCOLO TERAPÊUTICO

Com uma seringa do tipo Luer de 20ml, foi diluído 2ml de Ethamolin 0,05 g/ml, mais 1,8ml de Lidocaína a 2% com com epinefrina 1:100000, proporção 1:1, e posteriormente a solução foi aplicada lentamente na parte mais profunda da lesão em três pontos: no dorso

lingual anterior e posterior, e por último na borda lateral direita de língua. O tratamento consistiu em uma aplicação, 01 vez por semana, com intervalos semanais, durante um mês.

Após a primeira semana de tratamento o paciente relatou uma significativa melhora. Ao exame físico intra-oral, confirmou-se a evolução do tratamento, uma vez que as inúmeras lesões papilares diminuíram em tamanho e quantidade, assim como as rugosidades da lesão também reduziram, embora o edema ainda estivesse visível. Dessa forma, foi realizado mais uma infiltração de Ethamolin sob anestesia local 1:1 (lidocaína a 2% com epinefrina 1:100000), e foi solicitado que o paciente continuasse tomando Dexametasona 4mg (V.O), a cada 24h, para reduzir o edema e voltasse a tomar o Cloridrato de Propanolol 40mg (V.O), a cada 12h.



Figura 3: aspecto clínico do dorso lingual, após a 1º semana de tratamento.

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 4: redução considerável das pápulas eritematosas no ventre lingual, após a 1º semana de tratamento.

Fonte: Arquivo Pessoal

Após a segunda semana de tratamento ao realizar o exame físico intra-oral, foi comprovado um progresso considerável da lesão, apresentando pouquíssimas pápulas eritematosas no ventre e no dorso lingual, redução do edema e da rugosidade à palpação. A conduta terapêutica manteve-se, com infiltrações de Ethamolin sob anestesia local 1:1 (lidocaína a 2% com epinefrina 1:100000), Dexametasona 4mg (V.O), a cada 24h, e Cloridrato de Propanolol 40mg (V.O), a cada 12h. A mãe do paciente mencionou que a

alimentação passou a ocorrer normalmente, fato que não ocorria antes do tratamento. Outro relato materno foi o ganho que o seu filho obteve em sua socialização, passando a frequentar normalmente as aulas.



Figura 5: aspecto clínico do dorso lingual, após a 2ª semana de tratamento.

Fonte: Arquivo Pessoal

Após a terceira semana de tratamento o paciente relatou melhora significativa em sua qualidade de vida, passando a se alimentar normalmente, se socializando melhor e mencionando estar feliz e satisfeito com seu tratamento. Ao exame intra-oral observou-se pápulas discretas no ventre da língua, mudança da coloração arroxeadada para avermelhada e redução do tamanho da lesão e das pápulas eritematosas. A lesão apresentava-se bem fibrosada à palpação, confirmando o efeito terapêutico Ethamolin associado ao Cloridrato de Propanolol e o edema ainda estava presente no dorso lingual. Optou-se por suspender a Dexametasona 4mg, visando prevenir seus efeitos quando usados a longo prazo e permaneceu com o Cloridrato de Propanolol 40mg (V.O), a cada 12h, associado às infiltrações de Ethamolin sob anestesia local 1:1 (Epinefrina 1:100000).



Figura 6: aspecto clínico do dorso lingual, após a 3^o semana de tratamento.



Figura 7: aspecto clínico do ventre lingual, após a 3^o semana de tratamento.

Fonte: Arquivo Pessoal

Após a quarta semana de tratamento com a escleroterapia tendo sido finalizada com sucesso, visto que a lesão encontrava-se toda fibrosada à palpação, foi informado ao paciente e à responsável sobre a necessidade da cirurgia como complemento do tratamento.



Figura 8: aspecto clínico do dorso lingual, após a 4^o semana de tratamento.

Fonte: Arquivo Pessoal

PARTE CIRÚRGICA

Após o tratamento terapêutico ser concluído no CEO de Crato-CE, o paciente e sua responsável foram instruídos da necessidade cirúrgica a nível hospitalar da macroglossia, bem como do hemangioma. Foi planejada a correção cirúrgica da língua através da glossectomia parcial, visando à redução da lesão patológica do comprimento e da largura lingual através da incisão combinada da região mediana posterior e anterior descrita por Egyedi e Obwegeser e sutura por planos com fio Vicryl cromado 3.0 absorvível.



Figura 9: demarcação da área cirúrgica

Fonte: Lopes et., 2009



Figura 10: incisão de Egyedi e Obwegeser

Fonte: Lopes et., 2009



Figura 11: aspecto da língua após ressecção.

Fonte: Lopes et., 2009

Segundo (Teixeira et al.)¹⁷ esta técnica é o método mais adequado para preservar o feixe neurovascular e obter a redução desejada da língua, uma vez que o principal suprimento neurovascular da língua, artéria lingual e nervos linguais e hipoglosso entram lateralmente ao órgão, e só depois seguem anteriormente, sem cruzar a linha média.

Os procedimentos cirúrgicos buscam reduzir o tamanho e volume da língua, enquanto são mantidas mobilidade e a função.¹⁷

Diversos autores descreveram diferentes incisões para a correção cirúrgica da macroglossia por meio da glossectomia parcial. Tais técnicas cirúrgicas podem ser divididas em dois grupos: glossectomia ao longo da linha mediana e glossectomia na região periférica da língua (Lopes et al., 2009) (**Figura 12**).

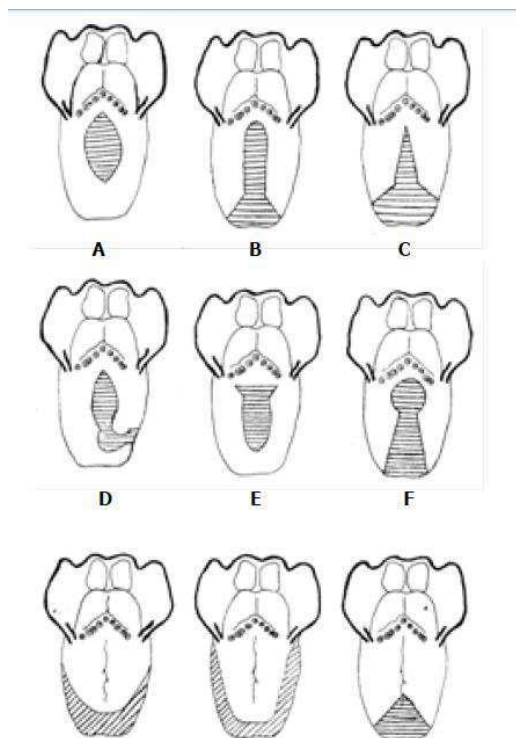


Figura 12: técnicas de glossectomia parcial. A: Dingman e Grabb; B: Butlin e Ensing; C: Harris e Blair; D: Edgerton; E: Egyedi e Obwegeser; F: Kole; G: Kruchinsky; H: Ueyama et al.; I: Morgan.

Fonte: Lopes et., 2009

É importante frisar que durante o transoperatório deste caso houve o rompimento unilateral da artéria lingual direita, intercorrência esta já prevista no planejamento cirúrgico, onde a respectiva ligadura foi realizada de imediato. As consultas de acompanhamento ocorreram com um mês, 3 meses e 1 ano e 7 meses de pós-operatório, onde não foi observada qualquer complicação. Após 6 meses do pós-cirúrgico foi realizado duas aplicações preventivas de Oleato de Monoetanolamina (Ethamolin) 0,05 g/ml, diluído em Cloridrato de Lidocaína 2%, com epinefrina 1:100000, proporção 1:1, respectivamente. A aplicação foi realizada com uma ampola de 2 ml de Ethamolin, diluída em um tubete de 1,8ml de Lidocaína, somando-se 3,8ml da solução diluída em cada sessão, sendo uma a cada semana, por 2 semanas.



Figura 13: um mês de pós-operatório – dorso lingual.

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 14: três meses de pós-operatório – dorso lingual.

Fonte: Arquivo Pessoal

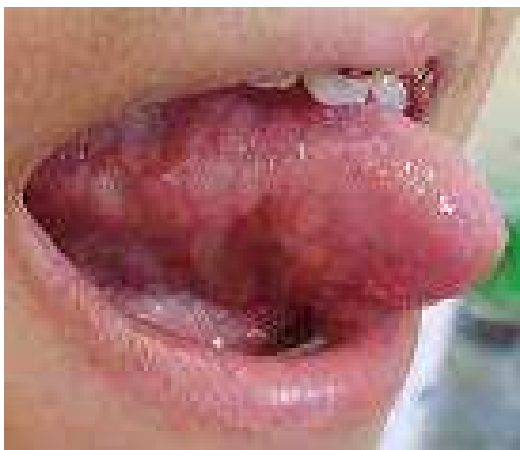


Figura 15: três meses de pós-operatório – borda lateral direita de língua

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 16: um ano e sete meses de pós-operatório – dorso lingual.

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 17: um ano e sete meses de pós-operatório – dorso lingual.

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 18: um ano e sete meses de pós-operatório – ventre lingual.

Fonte: Arquivo Pessoal

DISCUSSÃO

Na literatura o termo hemangioma ainda é confuso para os clínicos, especialmente em relação à sua própria entidade e como conduzir essas lesões vasculares.¹³

O hemangioma é considerado uma neoplasia benigna caracterizada pela proliferação anormal dos vasos sanguíneos^{2, 3, 4, 5}. Entretanto, segundo Ribas, Laranjeira, Sousa²⁰ o hemangioma é descrito como sendo uma anomalia de desenvolvimento ou hamartoma e não uma verdadeira neoplasia.

Geralmente está presente no sexo feminino^{12, 21, 22, 23, 24, 25, 26}, porém neste caso, a lesão estava presente em um paciente do sexo masculino, assim como ocorreu nos casos de Mandu³, Palma¹¹, Pranitha²², e Sales²⁷.

No que se refere ao local de acometimento, Segundo Queiroz⁷, Filho²⁶, Ribas, Laranjeira, Sousa²⁰ os lábios, a língua, a mucosa jugal e o palato são regiões orais de maior incidência dos hemangiomas, sendo assim confirmada neste trabalho, uma vez que a lesão estava localizada no dorso, no ventre e na borda lateral direita de língua.

Na tentativa de estabelecer uma classificação adequada, Mulliken e Glowacki⁸ se basearam nas manifestações clínicas, no quadro histopatológico e na história natural, e dividiram essas anomalias em duas categorias: hemangiomas e mal formações vasculares^{9, 21, 23}. Embora apresentem aspectos clínicos e microscópicos muito semelhantes, possuem uma evolução diferente¹³.

Diversas técnicas de tratamento têm sido propostas na literatura frente aos casos de hemangioma, dependendo da sua localização e extensão^{28, 29, 30}. Dentre elas: crioterapia, administração de corticosteroides sistêmicos ou interferon³¹, excisão cirúrgica^{2,13}, embolização, radioterapia, aplicação de laser e escleroterapia^{3, 11, 23, 27}.

Dentre as várias formas de tratamento, a escleroterapia é a mais utilizada e segundo Sales²⁷; Rocha²³, a escleroterapia é uma técnica segura, efetiva, conservadora, pouco invasiva, não deixa cicatriz, além de não envolver os riscos de hemorragia encontrados no tratamento. Além disso, em alguns casos, a escleroterapia pode representar o tratamento definitivo, com total regressão da lesão⁷.

Há várias substâncias que já foram utilizadas na escleroterapia, dentre elas o morruato e o psiliato de sódio. Porém, devido a suas potenciais reações adversas (como dor local, reações alérgicas e até mesmo choque anafilático), essas substâncias estão em desuso. Atualmente, as substâncias mais utilizadas são: tetradecil sulfato de sódio e oleato de monoetanolamina (2,5% e 5%)²⁰. Além desses, podem ser utilizados ainda o etanol 95%, solução hipertônica de glicose (50% e 75%), água quente, álcool 95%, polidocanol 1%²³.

O oleato de monoetanolamina (Ethamolin) é um derivado do ácido oléico, com propriedades hemostáticas comprovadas. Quando injetado dentro da lesão, provoca resposta inflamatória que resulta na fibrose e obliteração dos vasos¹². A escleroterapia está contraindicada em pacientes diabéticos não controlados e em áreas de infecção secundária. Além disso, o Ethamolin está contraindicado em gestantes, já que pode apresentar efeito teratogênico⁷.

No presente trabalho a conduta terapêutica foi a escleroterapia química realizada em quatro sessões semanais de aplicação intralesional do Oleato de Monoetanolamina (Ethamolin) 0,05 g/mL, diluído em Cloridrato de Lidocaína 2%, com epinefrina 1:100000, proporção 1:1, respectivamente. Aplicou-se 2 ml de Ethamolin, diluído em 1,8ml de Lidocaína, somando-se 3,8ml da solução diluída em cada sessão, na região mais central e profunda da lesão, uma vez que se o fármaco for aplicado na região mais superficial pode gerar necrose^{3, 10}. Tal procedimento foi realizado por 28 dias com intervalos semanais, até que se observou involução da lesão, com presença de fibrose local, evidenciando o sucesso do tratamento químico com escleroterapia, assim como foi relatado nos estudos de Mandu³, Palma¹¹, Rocha²³, Sales²⁷, Prado²⁸, Hou³². Outras formas de abordagens terapêuticas são relatadas na literatura. Em pequenos hemangiomas intraorais, a crioterapia é eficaz, com a vantagem de ser rápida e de possuir poucas complicações quando usada corretamente. Sua desvantagem é sua limitação do uso apenas em lesões pequenas e superficiais da mucosa²⁰. A utilização de corticosteróide tópico ou sistêmico tem a finalidade de reduzir o tamanho da lesão e facilitar a abordagem cirúrgica, porém a ocorrência de complicações associadas ao uso desse medicamento tem limitado sua utilização³³. Nos casos de

complicações ou respostas insatisfatórias ao uso da corticoterapia, tem sido utilizado o interferon alfa como tratamento do hemangioma, por limitar o crescimento da lesão. Porém, a ocorrência de neurotoxicidade tem reduzido a sua aplicação³¹. O uso do laser no tratamento dos hemangiomas parece ser controverso. Sua aplicação se mostra mais efetiva em lesões superficiais que não apresentam um componente profundo associado¹³.

Segundo o estudo de Seo⁵, para lesões menores e periféricas pode-se optar por esclerose química, excisão cirúrgica convencional, laserterapia, radioterapia, eletrocoagulação e crioterapia. Já nas lesões maiores e/ ou intraósseas, o tratamento deve ser através de embolização ou obliteração da lesão e dos vasos adjacentes, se necessário⁷.

Segundo Gómez-Oliveira³⁵, o tratamento do hemangioma somente é indicado quando há presença de sangramento constante e de massa palpável, além da alteração estética do paciente. Nos casos assintomáticos, a proervação periódica deve ser realizada¹³.

Foi observado no estudo de Prado²⁸ que teve caráter retrospectivo de cinco anos em pacientes diagnosticados com hemangioma oral, em pacientes tratados com o oleato de monoetanolamina a 5%, que 100% dos pacientes submetidos a esse tipo de terapia esclerosante apresentaram regressão total das lesões e sem recidiva, afirmando assim, que esta terapia consiste em uma técnica segura e de excelência. Situação similar é descrita por Queiroz⁷, quando afirma que a escleroterapia é um método de tratamento viável que pode efetivamente resolver esse tipo de neoplasia vascular, desde que seja corretamente indicada em função de seus benefícios e limitações¹¹.

Segundo Silva³⁶, a escleroterapia tem sido utilizada por um longo tempo para o tratamento das lesões vasculares, por ser considerada segura e conservadora. Além disso, segundo o estudo de Sales²⁷, a escleroterapia promove pequena morbidade, não deixa cicatriz e evita o risco de hemorragia.

Hou (2011)³² defende em seu estudo que a escleroterapia é o método mais seguro quando não ocorre involução, tornando possível a regressão total ou parcial da lesão e facilitando a ressecção posterior através da intervenção cirúrgica, caso seja necessário.

Compartilhando o ponto de vista do estudo de Hou (2011)³², o caso em questão foi realizado escleroterapia por 28 dias, com intervalos semanais, facilitando intervenção cirúrgica posteriormente.

Segundo o estudo de Sales²⁷ de hemangioma lingual, foram necessárias três aplicações de 1 ml de Ehtamolin a 5% com intervalo de 10 dias entre sessões para que houvesse total regressão da lesão, por um período de 15 meses. Nesse caso optou-se pela aplicação de anestésico local perilesional associado a vasoconstritor antes da aplicação do agente esclerosante, visando evitar desconforto da infiltração do agente químico, complementando o ponto de vista de Mandu³ que relatou que a escleroterapia geralmente está associada à sintomatologia dolorosa (ardor) durante a aplicação do agente esclerosante e após o efeito anestésico, além da apresentação de uma úlcera traumática no local de aplicação, sendo, portanto, imprescindível à anestesia local prévia à aplicação do Ethamolin com o intuito trazer um maior conforto ao paciente^{7, 27}. Em nosso caso, não foi relatado nenhuma sintomatologia dolorosa após as injeções do agente esclerosante, todavia há relatos de úlcera traumática e dor no pós-operatório²⁰, o que também não foi observado em nosso caso.

Já no estudo de Queiroz⁷ de hemangioma em lábio superior, foi realizado escleroterapia com Ethamolin 0,05 g/ml, que consistiu em três aplicações de 2 ml no centro da lesão e infiltração lenta, com intervalo entre as aplicações de uma semana, por 4 meses. Nesse caso utilizou-se da ultrassonografia com Doppler, como exame complementar para verificação da natureza da irrigação da lesão (arterial ou venosa), auxiliando também no diagnóstico.

No estudo de Palma¹¹, de hemangioma em mucosa jugal, foram realizadas 3 sessões semanais de aplicação intralesional de Ethamolin a 5% diluído em soro fisiológico na proporção 2:1 respectivamente, por um período de 21 dias. No protocolo terapêutico utilizado, optou-se pela não dissolução do fármaco com nenhuma solução anestésica, priorizando a ação medicamentosa do agente esclerosante. Entretanto, Queiroz⁷ e Sales²⁷ relataram em seus estudos que a anestesia local prévia a infiltração do Ethamolin é

importante, uma vez que seus agentes vasoconstrictores asseguram uma vasoconstrição periférica, limitando a ação do agente químico, aumentando seu tempo de ação nas paredes vasculares, evitando sintomatologia dolorosa e trazendo um maior conforto ao paciente.

No estudo de Rocha²³ de hemangioma em borda lateral de língua, foram realizados três ciclos de administração do agente esclerosante, seguidos de intervalos de latência de 4 meses. O primeiro ciclo correspondeu a seis semanas de seguidas intervenções, com a aplicação de Ethamolin, com a introdução de 2 ml da substância esclerosante. Já o segundo ciclo do tratamento, seguiu-se o protocolo anteriormente descrito, com aumento da dose da substância injetada para 4 ml. O terceiro e último ciclo da escleroterapia, seguiu-se o mesmo protocolo e foi mantida a dose de 4 ml de Ethamolin. Após 1 ano de tratamento observou-se remissão da lesão inicial e constatou-se a satisfação da paciente frente aos resultados obtidos.

Há relatos, na literatura científica, de que o uso do Ehtamolin a 5%, não diluído, pode provocar uma necrose tecidual ao redor da área de aplicação, gerando úlceras dolorosas após cada sessão de escleroterapia³. No caso clínico em discussão optou-se pela diluição de uma ampola de Ethamolin (2ml) em um tubete (1,8ml) do anestésico Lidocaína, proporção 1:1, com o objetivo de reduzir os desconfortos relatados no estudo de (Ribas, laranjeira, sousa, 2004)²⁰ no momento da aplicação do agente esclerosante. Já no estudo de Rocha²³, optou-se por diluir o Ethamolin em Glicose a 50%, proporção 1:9. No estudo de Palma et al. (2016), optou-se por diluir o Ethamolin em soro fisiológico (0,9%), proporção 2:1. Outras substâncias como soro glicosado a 5%, e a água destilada são empregados como diluentes²³.

Diante disso é notório que a literatura é ampla quando se refere ao tratamento de hemangiomas por escleroterapia. Há diferentes intervalos de administrações do Ethamolin, quantidade e concentração variadas, tipos de agente esclerosante diferentes, embora este fármaco seja o de maior preferência nos estudos atuais. Além disso, há divergência dos estudos quanto a diluir o agente esclerosante em outras substâncias, como ocorreu nos casos de (PALMA¹¹; RIBAS, LARANJEIRA, SOUSA²⁰; ROCHA²³).

Segundo o estudo de Mandu³ é preconizado que a aplicação do agente esclerosante deva ser realizada em sessões intercaladas de, no mínimo, 7 dias, não ultrapassando 2 ml em cada injeção.

As lesões vasculares benignas são de grande relevância ao cirurgião-dentista e participam do diagnóstico diferencial entre várias outras condições patológicas. Portanto, é importante conhecer o aspecto clínico dessas lesões e saber como atuar nos procedimentos diagnósticos que auxiliarão na condução do caso¹³.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O protocolo clínico abordado na escleroterapia com o agente esclerosante utilizado neste caso, apresentou resultados favoráveis com apenas quatro aplicações, oferecendo um melhor prognóstico para o tratamento cirúrgico e evidenciando a importância da escleroterapia como método coadjuvante de tratamento viável e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. El- naggat AK, Jhon KCC, Jennifer RG, Takashi T, Pieter JS. Who Classification of Head and Neck Tumours. International Agency for Research on Cancer, 2017.
2. Andrade RF, Silva FO, Vilela Jr RA, Dias MA, Oliveira LR. Abordagem cirúrgica de hemangioma cavernoso em língua: relato de caso. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 12, n. 1, p. 504-512, jan./jul. 2014.
3. Mandú ALC, Lira CRS, Barbosa LM, Silva VCR, Cardoso AJO. Escleroterapia de hemangioma: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac. Camaragibe v.13, n.1, p. 71-76 , jan./mar. 2013.
4. Cruz FLG, Carvalho RF, Carvalho MF, Sales LAR, Devito KL. Diagnóstico diferencial de hemangioma por meio da vitropressão. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.59, n.1, p.125-129, jan./mar., 2011.
5. Seo J, Utumi ER, Zambon CE, Pedron IG, Rocha AC. Escleroterapia de hemangioma labial. Revista Odonto v. 17, n. 34, jul./dez. 2009, São Bernardo do Campo, SP, Universidade Metodista de São Paulo 2009.
6. Almeida AC, Camargo WR. Hemangioma bucal. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Vol.8,n.2,pp.59-61 (Set - Nov 2014).
7. Queiroz SIML, Assis GM, Silvestre VD, Germano AR, Silva JSP. Tratamento de hemangioma oral com escleroterapia: relato de caso. Vasc Bras. 2014 Jul.-Set.; 13(3):249-253.
8. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. Plat Reconstr Surg. 1982;69(3):412-20.

9. Filho TJDS, Oliveira DHIP, Moura IS, Mediros LKS, Gonzaga AKG, Brasil VLM, Queiroz LMG, et al. Importância da GLUT1 no diagnóstico diferencial das anomalias vasculares. *J. Vasc. Bras.* 2015. Abr.-Jun.; 14(2):168-176.
10. Souza JFD. Hemangioma infantil em região posterior de língua: relato de caso. [Trabalho de Conclusão de Curso] da Universidade Federal da Paraíba UEPB, 2015. Disponível em:
<<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/8093/1/PDF-%20Jeane%20Fernandes%20de%20Souza.pdf>>. Acesso em 08 Set. 2017, 16:30:45.
11. Palma FR, Garcia JAC, Jung R, Garcia RN, Aranha FCS. Escleroterapia de hemangioma oral: relato de caso. *Salusvita, Bauru*, v. 5, n. 1, p. 85-93, 2016.
12. Caliento R, Chiodibim AL, Marinheiro BH, Júnior JMM, Guedes OA, Borba AM. Tratamento de hemangioma por escleroterapia em aplicação única. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe* v.14, n.3, p. 27-32, jul./set. 2014.
13. Cardoso CL, Fernandes LMPSR, Rocha JF, Gonçalves ES, Júnior OF, Taveira LAA. Abordagem cirúrgica de hemangioma intraoral. *Odontol. Clín.-Cient., Recife*, 9 (2) 177-180, abr./jun., 2010. www.cro-pe.org.br.
14. Satish V, Bhat M, Maganur PC, Shah P, Biradar V. Capillary Hemangioma in Maxillary Anterior Region: A Case Report. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, May-August 2014;7(2):144-147.
15. Cymrot M, Assis F, Teixeira A, Castro F, Sales D, Júlio F, Neto M, et al. Glossectomia subtotal pela técnica de ressecção lingual em orifício de fechadura modificada como tratamento de macroglossia verdadeira. *Rev Bras Cir Plást.* 2012 ;27(1):165-9.
16. Lopes KM, Santos MR, Morando FS, Milani BA, Franchim GH, Jorge WA. Tratamento cirúrgico da macroglossia: relato de 2 casos. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe* v.9, n.1, p. 9 - 14, jan./mar. 2009.

17. Teixeira FDAA, Junior FAAT, Freitas RS, Alonso N. Macroglossia: revisão da literatura. *Rev. Bras. Cir. Craniomaxilofac* 2010; 13(2): 107-10.
18. Gasparini G. Surgical management of macroglossia: discussion of 7 cases. *Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod.* 2002; 94:566-71.
19. Haidar LC. Glossectomia parcial em paciente com síndrome de Beckwith-Wiedemann: acompanhamento de 3 anos. [Trabalho de Conclusão de Curso] apresentado ao Departamento de Odontologia da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13871/1/2016_LucasCostaHaidar.pdf>. Acesso em 08 Set. 2017, 16:45:10.
20. Ribas MDO, Laranjeira J, Sousa MH. Hemangioma bucal: escleroterapia com oleato de etanolamina. Revisão da literatura e apresentação de caso. *Rev. de Clín. Pesq. Odontol.*, v.1, n.2, out./dez. 2004.
21. Segura T, Lucev J, Jevsek M. Treatment of tongue cavernous haemangioma with direct puncture and sclerotization with ethanol. *Radiol Oncol* 2015; 49(1): 75-79.
22. Pranitha V, Puppala N, Deschmukh SN, Jagadesh B, Anuradha S. Cavernous Hemangioma of Tongue: Management of Two Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2014 Oct, Vol-8(10): ZD15-ZD17.
23. Rocha ABMD, Anna FBS, Fernandes IS, Azoubel E, Araújo RPC. Escleroterapia de hemangioma em borda lateral de língua: relato de caso. *Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador*, v. 13, n. 3 – especial, p. 398-402, set./dez. 2014.
24. Kripal K, Rajan S, Ropal B, Jayanti I. Cavernous Hemangioma of the Tongue. *Case Reports in Dentistry*, 2013. <Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1155/2013/898692>>. Acesso em 10/Set/2017, às 16:30:10.

25. Barthi V, Singh J. Capillary hemangioma of palatal mucosa. *Journal of Indian Society of Periodontology* - Vol 16, Issue 3, Jul-Sep 2012.
26. Filho, JZC, Santos CAIS, Costa MC, Costa PJC, Nobre SMW. Oleato de etanolamina 5% como opção ao tratamento cirúrgico dos hemangiomas orais: relato de caso. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v.11, n.4, p. 31-36, out./dez. 2011.
27. Sales PHH, Vasconcelos RB, Menezes AM, Santos DFS. Utilização de agente esclerosante no tratamento de hemangioma lingual: relato de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo* 2015; 27(3): 253-7, set-dez.
28. Prado BN, Santos AF, Oliveira JMM, Vaccarezza GF, Freitas CF. Uso de oleato de etanolamina para hemangiomas da cavidade bucal: um estudo de cinco anos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2011; 23(1): 42-5, jan-abr.
29. Boraks S. *Diagnóstico bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
30. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Tumores dos tecidos moles. *Patologia Oral & Maxilofacial*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2016. cap.12, p.540-545.
31. Balau AJ, Nadai LC, Bressan MS, Simão JL. Tratamento de hemangioma gigante com interferon alfa: relato de dois casos. *Rev. bras. hematol. hemoter.* 2007;29(4):406-411.
32. Hou J, Wang M, Tang H, Wang Y, Huang H. Pingyangmycin sclerotherapy for infantile hemangiomas in oral and maxillofacial regions: an evaluation of 66 consecutive patients. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2011;40(11):1246-51.
33. Junior NLF, 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(3):423-6.

34. Assis GM, Silva SRP Hemangioma de língua: relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.9, n.2, p. 59 - 66, abr./jun.2009.
35. Gómez OG, García RA, Luaces RR. Intraosseous mandibular hemangioma. A case report and review of the literature. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008; 13(8):E496-8.
36. Silva WB, et al. Oral capillary hemangioma: a clinical protocol of diagnosis and treatment in adults. Oral and Maxillofac. Surg., Heidelberg, v.18, n.4, p.431-437. nov. 2013.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Odontologia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE AC. DÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Eu _____, pai/mãe de _____
(nome do paciente), Brasileiro(a), residente na
rua _____ nº _____ CEP _____ na
Cidade de _____ CPF _____
RG _____

autorizo o Cirurgião Bucomaxilofacial Antonio
Walter Brito Neto e o Professor da Universidade Federal de Campina Grande
Jorge Portual Waked a retirem e a utilizarem radiografias, fotografias,
resultados de exames e outras informações da ficha clínica do meu filho
supracitado, para estudos científicos, encontros científicos, congressos e
possível publicação.

Caso seja de minha vontade poderei, em qualquer momento do
desenvolvimento deste estudo científico, retirar meu consentimento.

[Handwritten signature] 19/10/2016

Assinatura do pai/mãe responsável

Assinatura

Assinatura

ANEXO B – CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

CARTA DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

EU, **ANTONIO WALTER BRITO NETO**, abaixo assinado, brasileiro, dentista, inscrito no CPF sob nº..... portador da cédula de identidade Nº....., pelo presente termo, **AUTORIZO** o Professor DR. **JULIERME FERREIRA ROCHA**, Professor da Universidade Federal de Campina Grande a reter e utilizar radiografias, fotografias, resultados de exames complementares e outras informações do trabalho intitulado "**Uso do Ethamolin comocoadjuvante ao tratamento cirúrgico do hemangioma cavernoso de língua: " relato de caso"**", de minha autoria, cedendo-lhe os direitos autorais dela decorrentes.

Declaro que a obra cedida é de minha autoria e que assumo, portanto, total responsabilidade pelo seu conteúdo.

Autorizo, ainda, a publicação em quaisquer meios e suportes existentes.

Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

Patos (PB), 14 de Agosto de 2017.

ANEXO C - TERMOS DA REVISTA

Archives of Health Investigation

Instruções aos Autores

1 Objetivos

1.1 **Archives of Health Investigation** tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada, de divulgação e de revisão de literatura que constituam os avanços do conhecimento científico na área de Saúde, respeitando os indicadores de qualidade.

1.2 Também, a publicação de resumos de trabalhos apresentados em Reuniões ou Eventos Científicos relacionados à área de Saúde, sob a forma de suplementos especiais, como uma forma de prestigiar os referidos eventos e incentivar os acadêmicos à vida científica.

2 Itens Exigidos para Apresentação dos Artigos

2.1 Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não terem sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A **Archives of Health Investigation** (ArcHI) reserva todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

2.2 Poderão ser submetidos artigos escritos em português, espanhol e inglês.

2.2.1 O trabalho poderá ser publicado em português, espanhol ou em inglês. O texto em espanhol ou inglês deverá vir acompanhado de documento que comprove que a revisão foi realizada por profissionais proficientes na língua espanhola ou inglesa. Todo artigo deverá vir acompanhado de resumos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa.

2.3 **Archives of Health Investigation** tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, que está totalmente autorizado a decidir pela aceitação, ou devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

2.4 Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião da Equipe Editorial e Editores Associados.

3 Critérios de Análise dos Artigos

3.1 Os artigos serão avaliados inicialmente quanto ao cumprimento das normas de publicação. Trabalhos não adequados e em desacordo com as normas serão rejeitados e devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação pelos revisores.

3.2 Os artigos aprovados quanto às normas serão submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores de instituições distintas à de origem do trabalho, além de um membro do Corpo de Editores, mantendo-se o total sigilo das identidades dos autores e revisores. Quando necessária revisão, o artigo será devolvido ao autor correspondente para as alterações. A versão revisada deverá ser submetida novamente pelo(s) autor(es) acompanhada por uma carta resposta (“cover letter”) explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas deverão vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou outra cor. Quando as sugestões e/ou correções feitas diretamente no texto, recomenda-se modificações nas configurações do Word para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta serão inicialmente, avaliados pela Equipe Editorial e Editores Associados que os enviará aos revisores quando solicitado.

Archives of Health Investigation

3.3 Nos casos de inadequação das línguas portuguesa, espanhola ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista será solicitada aos autores.

3.4 A Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre a aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo aos autores com sugestões para que sejam feitas as modificações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao(s) autor(es) o envio da versão revisada contendo as devidas alterações ou justificativas. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pelo Corpo de Editores.

3.5 Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, a Equipe Editorial e os Editores Associados decidirão sobre o envio do mesmo para a análise de um terceiro revisor.

3.6 Nos casos de dúvida sobre a análise estatística esta será avaliada pela estaticista consultora da revista.

3.7 Após aprovação quanto ao mérito científico, os artigos serão submetidos à análise final somente da língua portuguesa (revisão técnica) por um profissional da área.

4 Correção das Provas dos Artigos

4.1 A prova dos artigos será enviada ao autor correspondente por meio de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

4.2 O(s) autor(es) dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

4.3 Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Corpo de Editores considerará como final a versão sem alterações, e não serão permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações serão aceitas. Modificações extensas implicarão na reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

4.4 A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

5 Submissão dos Artigos

Os artigos deverão ser submetidos on line (www.archhealthinvestigation.com.br). Todos os textos deverão vir acompanhados obrigatoriamente da “Carta de Submissão”, do “Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição” (quando cabível), bem como da “Declaração de Responsabilidade”, da “Transferência de Direitos Autorais” e “Declaração de Conflito de Interesse” (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinado(s) pelo(s) autor(es). O manuscrito deverá ser enviado em dois arquivos Word, onde um deles deve conter o título do trabalho e respectivos autores; o outro deverá conter o título (português, espanhol e inglês), resumo (português, espanhol e inglês) e o texto do trabalho (artigo completo sem a identificação dos autores).

5.1 Preparação do Artigo

O texto, incluindo resumo, tabelas, figuras e referências, deverá estar digitado no formato “Word for Windows”, fonte “Arial”, tamanho 11, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm e conter um total de 20 laudas, incluindo as figuras, tabelas e referências. Todas as páginas deverão estar numeradas a partir da página de identificação.

5.1.1 Página de identificação

A página de identificação deverá conter as seguintes informações:

Archives of Health Investigation

- título em português, espanhol e inglês, os quais devem ser concisos e refletirem o objetivo do estudo.
- nome por extenso dos autores, com destaque para o sobrenome e na ordem a ser publicado, contendo nome do departamento e da instituição aos quais são afiliados, com a respectiva sigla da instituição, CEP (Código de Endereçamento Postal), cidade e país (Exemplo: Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese, Faculdade de Odontologia, UNESP Univ. Estadual Paulista, 14801-903 Araçatuba - SP, Brasil);
- Endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo e-mail.

5.1.2 Resumo

Todos os tipos de artigos deverão conter resumo (português, espanhol e inglês) precedendo o texto, com no máximo de 250 palavras, estruturado em sessões: introdução, objetivo, material e método, resultados e conclusão. Nenhuma abreviação ou referências deverão estar presentes.

5.1.3 Descritores

Indicar, em número de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, devendo ser mencionadas logo após o RESUMO. Para a seleção dos Descritores os autores deverão consultar a lista de assuntos do “MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)” e os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS (<http://decs.bvs.br/>). Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

5.1.4 Ilustrações e tabelas

As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), serão consideradas no texto como figuras, sendo limitadas ao mínimo indispensáveis e devem ser adicionadas em arquivos separados. Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto. As figuras deverão ser anexadas ao e-mail do artigo, em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo de 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho página inteira). As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e listadas no final do trabalho. As tabelas deverão ser logicamente organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. A legenda deve ser colocada na parte superior das mesmas. As tabelas deverão ser abertas nas laterais (direita e esquerda). As notas de rodapé deverão ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável

5.1.5 Citação de autores no texto

A citação dos autores no texto poderá ser feita de duas formas:

5.1.5.1 Somente numérica:

Exemplo: Radiograficamente é comum observar o padrão de “escada”, caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13} As referências devem ser citadas no parágrafo de forma sobrescrita e em ordem ascendente.

5.1.5.2 Ou alfanumérica:

- um autor: Ginnan⁴ (2006)
- dois autores: Tunga, Bodrumlu¹³ (2006)
- três autores ou mais de três autores: Shipper et al.² (2004)

Archives of Health Investigation

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² (2004) e Biggs et al.⁵ (2006). Shipper et al.² (2004), Tunga, Bodrumlu¹³ (2006) e Wedding et al.¹⁸ (2007),

5.1.6 Referências

As Referências deverão obedecer seguir aos requisitos “Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals – Vancouver”, para a submissão de manuscritos artigos a revistas biomédicas disponível em: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Toda referência deverá ser citada no texto. Deverão ser ordenadas pelo sobrenome dos autores e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto.

Exemplo - Texto:

... de acordo com Veríssimo et al.¹, Raina et al.², Stratton et al.³, Bodrumlu et al.⁴ e Odonni et al.⁵, contrariando os resultados apresentados por Baumgartner et al.⁶ onde ...

Referências:

1. Veríssimo DM, Do Vale MS, Monteiro AJ. Comparison of apical leakage between canals filled with gutta-percha/AH plus and the Resilon/Epiphany system, when submitted to two filling techniques. *J Endod.* 2007;33:291-4.
2. Raina R, Loushine RJ, Wellwe RN, Tay FR, Pashjey DHP. Evaluation of the quality of the apical seal in Resilon/Epiphany and gutta-percha/AH plus-filled root canals by using a fluid filtration approach. *J Endod.* 2007;33:944-7.
3. Stratton RK, Apicella MJ, Mines P. A fluid filtration comparison of gutta-percha versus Resilon, a new soft resin endodontic obturation system. *J Endod.* 2006;32:642-5.
4. Bodrumlu E, Tunga U, Alaçam T. Influence of immediate and delayed post space preparation on sealing ability of Resilon. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103:61-4.
5. Odonni PG, Mello I, Coil JM, Antoniazzi JB. Coronal and apical leakage analysis of two different root canal obturation systems. *Braz Oral Res.* 2008;22:211-5.
6. Baumgartner G, Zehnder M, Paqué F. Enterococcus faecalis type strain leakage through root canals filled with guttapercha/ AH plus or Resilon/Epiphany. *J Endod.* 2007;33:45-7.

Referência a comunicação pessoal, trabalhos em andamento e submetidos à publicação não deverão constar da listagem de referências. Quando essenciais essas citações deverão ser registradas no rodapé da página do texto onde são mencionadas.

Publicações com até seis autores, citam-se todos, separando um do outro com vírgula; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, separando um do outro com vírgula, seguido da expressão et al.

Exemplo

- seis autores:

Dultra F, Barroso JM, Carrasco LD, Capelli A, Guerisoli M, Pécora JD.

- Mais de 6 autores

Pasqualini D, Scotti N, Mollo L, Berutti E, Angelini E, Migliaretti G, et al.

Exemplos de referências

Archives of Health Investigation

- Livro

Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: notions of clinical interest. São Paulo: Artes Médicas; 2002.

Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintin MC, editors. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford, England: Oxford University Press; 1997. p. 214-21.

- Organização ou Sociedade como autor de livro

American Dental Association. Guide to dental materials and devices. 7th ed. Chicago: American Dental Association; 1974.

- Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 79 de 28 de agosto de 2000. DO 169 de 31/08/2000. p. 1415-537.

- Artigo de periódico

Hetem S, Scapinelli CJA. Efeitos da ciclofamida sobre o desenvolvimento do germe dental "in vitro". Rev Odontol UNESP. 2003;32:145-54.

Os títulos dos periódicos deverão ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>), e para os periódicos nacionais verificar em Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

6 Princípios Éticos e Registro de Ensaios Clínicos

6.1 Procedimentos experimentais em animais e humanos

Estudo em Humanos: Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos ou que utilize partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc...) devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição onde os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Estudo em Animais: Em pesquisas envolvendo experimentação animal é necessário que o protocolo tenha sido aprovado pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição onde os animais foram obtidos e realizado o experimento.

Casos clínicos: Deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O uso de qualquer designação em tabelas, figuras ou fotografias que identifique o indivíduo não é permitido, a não ser que o paciente ou responsável expresse seu consentimento por escrito (em anexo modelo). O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao julgamento dos mesmos, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou animais nos trabalhos submetidos à este periódico.

Archives of Health Investigation

7. Casos Omissos: serão resolvidos pela Equipe Editorial e Editores Associados.

8 Apresentação dos Artigos

Os artigos originais deverão apresentar:

- **Introdução:** Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução deve ser estabelecida a hipótese a ser avaliada.
- **Material e método:** Deve ser apresentado com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tenham sido feitas. No final do capítulo descrever os métodos estatísticos utilizados.
- **Resultado:** Os resultados devem ser apresentados seguindo a seqüência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e ilustrações possível.
- **Discussão:** Os resultados devem ser discutidos em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Devem ser destacados os achados do estudo e não repetir dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.
- **Conclusão:** As conclusões devem ser coerentes com os objetivos, extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.
- **Agradecimentos:** (quando houver) - agradeça pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo. Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo.

Revisão de literatura:

Archives of Health Investigation só aceita revisão de literatura sistemática, com ou sem meta-análise no formato e estilo Cochrane quando aplicável. Para maiores informações consultar www.cochrane.org. As revisões de literatura deverão contemplar assuntos atuais e de relevância para a área. Existem na literatura diversos exemplos deste tipo de revisão.

9. Relato de casos clínicos

- **Resumo** (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução:** deve conter uma explicação resumida do problema citando somente referências relevantes e a proposição.
- **Descrição do caso clínico:** Relatar o caso, destacando o problema, os tratamentos disponíveis e o tratamento selecionado. Descrever detalhadamente o tratamento, o período de acompanhamento e os resultados obtidos. O relato deve ser realizado no tempo passado e em um único parágrafo.
- **Discussão:** Comentar as vantagens e desvantagens do tratamento, etc. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.

Archives of Health Investigation

10. Descrição de técnicas

- **Resumo** (português, espanhol e inglês): Deverá conter um sumário do artigo em um único parágrafo
- **Introdução**: Apenas um resumo da literatura relevante que colabore com a padronização da técnica ou protocolo a serem apresentados.
- **Técnica**: Deve ser apresentada passo a passo.
- **Discussão**: Comentar as vantagens e desvantagens da técnica. Indicar e contra indicar a técnica apresentada. Se o texto ficar repetitivo omitir a discussão.
- **Abreviaturas, Siglas e Unidades de Medida**: para unidades de medida, deverão ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas. Nomes de medicamentos e materiais registrados, bem como produtos comerciais, deverão aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

Termo de Consentimento

Eu, _____ responsáveis legais de _____
autorizo a publicação dos dados e fotografias do tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado

_____ de autoria de _____
na Archives of Health Investigation.

Datar e assinar

___ / ___ / _____

Termo de Consentimento

Eu, _____ autorizo a publicação dos dados e fotografias do
tratamento realizado e que fará parte do artigo intitulado

_____ de autoria de _____
na Archives of Health Investigation.

Datar e assinar

___ / ___ / _____

Archives of Health Investigation

Carta de Submissão, Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais

Prezado Editor,
Encaminho o artigo intitulado

_____ para análise
de autoria _____
e publicação na **Archives of Health Investigation**.

Por meio deste documento, transfiro para **Archives of Health Investigation**, os direitos autorais a ele referente(s) que tornar-se-ão propriedade exclusiva da mesma, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida por escrito junto à Comissão Editorial da Revista.

Certifico que o manuscrito é um trabalho de pesquisa original, e o seu conteúdo não está sendo considerado para publicação em outras revistas, seja no formato impresso ou eletrônico, reservando-se os direitos autorais do mesmo para a referida revista. A versão final do trabalho foi lida e aprovada por todos os autores. Certifico(amos) que participei(amos) suficientemente do trabalho para tornar pública minha (nossa) responsabilidade pelo seu conteúdo.

Datar e assinar

____/____/____

Observação: Os co-autores, juntamente com o autor principal, devem assinar a declaração de responsabilidade acima, configurando, também, a mesma concordância dos autores do texto enviado e de sua publicação se aceito pela **Archives of Health Investigation**

Declaração de Inexistência de Conflito de Interesses

Os autores abaixo assinados do manuscrito intitulado "....." declaram à Revista **Archives of Health Investigation** a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Cidade, UF, data.