Hemangioma infantil

Bruno Pinheiro Falcão, Kalynne Rodrigues Marques, Leonardo Nunes Bezerra Souza, Rogério de Araújo Medeiros, Ana Andreza Albuquerque Medeiros

INTRODUÇÃO

O hemangioma infantil (HI) é o tumor vascular benigno mais comum da infância. A manifestação dos demais tumores vasculares é rara e de difícil classificação. Deve-se levar em consideração como diagnósticos diferenciais os hemangiomas congênitos, os angiomas em tufos, os hemangioendoteliomas kaposiformes (HEK) e os granulomas piogênicos. Vale ressaltar a importância da diferenciação entre o HI e as malformações capilares, linfáticas e outras malformações venosas.

PATOGÊNESE

O HI é caracterizado por uma proliferação rápida de vasos sanguíneos (**Figura 15.1**), seguida de regressão gradual do componente vascular (**Figura 15.2**) e substituição por tecido fibroso. A etiologia ainda é desconhecida, mas está em processo de elucidação. Há evidências de que eventos hipoxêmicos, de maneira compensatória, podem ser fator desencadeante da fase proliferativa vascular.

Avaliações recentes mostram que a fase proliferativa ocorre às custas de células endoteliais, por meio do mecanismo de vasculogênese (a partir de angioblastos) e não por meio de angiogênese (a partir de vasos precursores) como pensado no passado. É resultado de um desbalanceamento entre estimulantes e vasculogênicos. inibidores dos fatores.

Figura 15.1 Hemangioma infantil



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 15.2 HI em regressão



Fonte: Acervo pessoal.

A fase de involução geralmente inicia no fim do primeiro ano de forma espontânea e pode perdurar por um período variável. Um aumento na apoptose pode estar relacionado ao início da involução. Esse processo é caracterizado histologicamente pela presença de fibrose do lúmen capilar.

DOI: 10.59290/978-65-6029-180-5.15

EPIDEMIOLOGIA

O HI é o tumor benigno mais comum da infância, estando presente em cerca de 4 a 5% dos nascidos. Em média, se manifesta por volta de 2 semanas de vida, podendo apresentar-se desde os primeiros dias até alguns meses. O fator familiar chama a atenção por estar presente em cerca de 34% dos familiares de primeiro grau. É mais comum em caucasianos do sexo feminino frutos de parto pré-termo, com forte relação com o baixo peso ao nascer. Além disso, a história pré-natal de placenta prévia, pré-eclâmpsia e outras anormalidades placentárias também contribui. Vale ressaltar que a multiparidade da genitora pode estar associada com a manifestação de hemangiomas.

CLASSIFICAÇÃO

Os HI podem ser classificados de acordo com sua morfologia e localização.

Os HI de pequeno crescimento são incomuns e apresentam-se com uma mancha eritematosa, com uma ou múltiplas telangiectasias, localizados geralmente em extremidades, face e região lombossacra.

Os hemangiomas segmentares normalmente são placas lineares com padrão geográfico e podem estar mais associados a comorbidades. Assim como nos múltiplos hemangiomas, podem ter relação com a presença de hemangiomas viscerais.

Quanto à profundidade, são classificados como HI capilares aqueles que se manifestam de maneira superficial e com aspecto avermelhado. Por outro lado, os HI cavernosos apresentam-se de forma subcutânea e de aspecto azulado, expandindo de maneira importante os diagnósticos diferenciais do HI, principalmente com malformações venosas.

Crianças com grandes lesões (> 5 cm), hemangiomas segmentares e localizados na face ou couro cabeludo possuem risco aumentado para síndrome de PHACE. Dessa forma, devem ser submetidas à avaliação cutânea, oftalmológica, cardiovascular, neuromuscular e neurológica de forma cuidadosa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Conforme supracitado, os hemangiomas podem ser divididos em hemangiomas infantis e congênitos. O Hl é mais frequente e pode manifestar-se ao nascimento apenas com uma lesão precursora, enquanto a manifestação congênita está completamente desenvolvida ao nascimento.

Vale ressaltar que os angiomas em tufos e HEK podem estar associados à trombocitopenia e a coagulopatias. Além de lesões abscedadas (**Figura 15.3**) e granulomas piogênicos. Os granulomas são mais comuns em crianças com mais de 4 meses de idade e apresentam-se com lesões friáveis e de rápido crescimento.

Por fim, deve-se considerar as malformações vasculares (**Figura 15.4**) como um importante diagnóstico diferencial, especialmente em suspeitas de HI cavernoso que, por sua localização profunda e coloração característica, o que mimetiza vasculares venosas.

Figura 15.3 Abscesso



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 15.4 Malformação vascular venosa



Fonte: Acervo pessoal.

DIAGNÓSTICO

O Hl pode manifestar-se ao nascimento apenas com uma lesão precursora. O diagnóstico é realizado clinicamente (**Figura 15.5**) embora possa ser difícil distinguir quando são lesões subcutâneas profundas ou manifestações extracutâneas.

Portanto, o diagnóstico deve ser realizado considerando aspectos importantes sobre a história clínica do paciente, como idade em que foi observada a lesão, comportamento da mesma, presença de ulceração (**Figura 15.6**), dor, sangramento ou sinais de infecção e tratamentos já realizados.

Vale lembrar que o HI pode apresentar múltiplas lesões, portanto, é importante avaliar histórias de dificuldade respiratória progressiva, especialmente em casos de hemangiomas com distribuição cervicofacial (em "barba") (**Figura 15.7**), podendo indicar a presença de lesões também na via aérea. Casos de hemangiomas múltiplos, com mais de cinco lesões, podem cursar com a presença de lesões em órgãos mais profundos, manifestando, por exemplo, hemangiomas hepáticos.

Ao exame físico, é importante manusear com cuidado a pele ou as mucosas, além de documentar morfologia, localização, presença e severidade de ulcerações, sinais de infecção, insuficiência cardíaca ou hepatomegalia.

Figura 15.5 Hemangioma infantil



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 15.6 Hemangioma ulcerado



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 15.7 Hemangioma de parótida



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 15.8 Lesão periorbitária sem comprometimento da visão



Fonte: Acervo pessoal.

TRATAMENTO

A abordagem do paciente com HI deve sempre retomar os princípios de pesar benefícios e malefícios, sendo individualizado, de forma a levar em consideração sua história clínica e exame físico.

A maioria das apresentações não complicadas pode ter a fase proliferativa e involutiva acompanhada de forma expectante, a partir de observações seriadas, desde que sejam localizadas, especialmente em áreas cosmeticamente não sensíveis.

A base do tratamento consiste na terapia com betabloqueadores, em particular com propranolol, na dose inicial de 0,5 mg/kg/dia, progredindo a dose até 2 mg/kg/dia, por via oral. Essa terapia confirmou-se eficiente no tratamento de lesões vasculares superficiais diagnosticadas, como hemangiomas, tendo efeitos colaterais toleráveis.

Evidências recentes trazem desfecho similar com uso do atenolol, na dose de 1 mg/kg/dia, com efeitos adversos menos frequentes. Além disso, podem ser associados os glicocorticoides, sempre em menor dose, pelo menor tempo possível, especialmente em lesões de caráter ulcerado.

Por outro lado, em lesões com resposta insatisfatória ao tratamento medicamentoso ou em que a localização compromete a capacidade funcional do paciente, pode haver necessidade de abordagem cirúrgica para ressecção total ou parcial da lesão. Em alguns casos específicos, há alternativas aos tratamentos convencionais, como a terapia de luz pulsada, que pode ser utilizada no tratamento do HI e outras malformações vasculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DARROW, D.H. *et al.* Diagnosis and management of infantile hemangioma: executive summary. *Pediatrics,* v. 136, p. 786, 2015.

DIAZ, L.Z. Vascular lesions in the newborn, 2021.

LÉAUTÉ-LABRÈZE, C. et al. Infantile haemangioma. Lancet (London, England) vol. 390,10089 (2017): 85-94.

METRY, D.W. Infantile hemangiomas: Managment, 2022.