

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume 44

Número
Number 3

Enero-Marzo
January-March 1999

Artículo:

Hemangioma vertebral sintomático

Derechos reservados, Copyright © 1999:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



[Medigraphic.com](http://www.Medigraphic.com)

Hemangioma vertebral sintomático

Joaquín Bárbara de Parres,* Pablo Tarazona Velutini,** Gerardo Zambito Brondo***

RESUMEN

El sitio de presentación ósea más frecuente de los hemangiomas es la columna vertebral. Sin embargo, la mayoría son asintomáticos. Presentamos un paciente con hemangiomas múltiples de columna, uno de ellos sintomático en la vértebra torácica 6, con compresión de la raíz a ese nivel del lado izquierdo. Después de realizar varios estudios, se libera la misma mediante laminectomía y foraminotomía izquierda. Se discuten otras posibilidades de tratamiento y su contraindicación en este caso.

Palabras clave: Hemangioma, vértebra, laminectomía, foraminotomía.

ABSTRACT

Bone hemangiomas are more frequent in the spine, the vast majority are asymptomatic. We present a case of hemangiomatosis of the spine, one of them symptomatic at the 6th thoracic vertebrae with compression of the root at this level in the left side, we studied the case and decided to perform a laminectomy and foraminotomy at the left side of the 6th thoracic vertebrae. We discuss some of the treatment options and some warnings in this case.

Key words: Hemangioma, vertebrae, laminectomy, foraminotomy.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas son tumores benignos de origen vascular con escasa metaplasia maligna, pero en ocasiones de comportamiento agresivo. En realidad no se trata de una neoplasia verdadera, sino de una anomalía congénita originada por el secuestro embrionario del tejido mesodérmico. Estas yemas proliferan dando lugar a masas que recuerdan el tejido neoplásico.¹ Corresponden al 1% de todas las neoplasias de hueso, su frecuencia aumenta con la edad, se presenta en adultos o viejos y es más común en mujeres. El sitio de presentación más frecuente es en las vértebras; de éstas, afecta generalmente la columna torácica, en su mayoría involucran el cuerpo vertebral; sólo el 10-15% afectan a las estructuras vertebrales posteriores, después, el cráneo. Representa el 2-3% de los tumores de columna detectables con estudios radiográficos.

Se reconocen dos tipos: el cavernoso, el más frecuente en columna y cráneo, formado de espacios y

senos rodeados de una capa de células endoteliales con amplia reabsorción trabecular; el otro tipo es el capilar, formado de una maraña de capilares pequeños que tienden a crecer hacia la periferia. Ambos tipos presentan formación de hueso nuevo.

Son tumores en su mayoría asintomáticos. En la columna pocas veces ocasionan fracturas por compresión; pero sí causan diversos síntomas neurológicos, dependiendo del sitio de compresión, incluyendo paraplejía. En mujeres durante el embarazo pueden dar síntomas de dolor en columna o datos neurológicos por compresión medular o de raíces.

La imagen radiográfica depende del sitio afectado. En la columna se observa un patrón paralelo, vertical, de líneas estriadas que puede semejar un panal de abejas, una imagen característica. No causan crecimiento del cuerpo vertebral. En la resonancia magnética presentan una imagen que obliga al diagnóstico diferencial con metástasis, sobre todo cuando son múltiples; la tomografía axial computada es el estudio de imagen más sensible y específico.¹⁻⁵

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 62 años de edad que fue visto en la consulta externa por molestias en la región posterior y lateral izquierda del tórax, de un año de evolución. El dolor lo describía como una sen-

* Medicina Interna, Hospital ABC.

** Ortopedia, Hospital ABC.

*** Neurocirugía, Hospital ABC.

Recibido para publicación: 06/02/99. Aceptado para publicación: 29/04/99.

Dirección para correspondencia: Dr. Joaquín Bárbara de Parres
Avenida de las Fuentes NO. 34-701, Tecamachalco, 53950 Edo. México.

sación de quemadura. El enfermo había sido diagnosticado con neuritis herpética en esa región un año antes, a pesar de que nunca tuvo lesiones dermatológicas. Además tenía molestias epigástricas de un mes de evolución y pérdida de 20 kg de peso en el último año. Se le diagnosticó diabetes mellitus tipo II dos meses antes de su visita y estaba siendo controlado con fenformina y glibenclamida.

El paciente se quejaba también de dolor en la región anterolateral del muslo derecho y en la región inguinal derecha. El dolor del muslo tenía las mismas características que el de la región torácica; mientras que el de la región inguinal era de tipo mecánico. Tiene como antecedentes médicos enfermedad acidopéptica e hipercolesterolemia. El paciente fuma dos cajetillas diarias desde hace más de 20 años, niega consumo significativo de alcohol o uso de drogas ilícitas.

El examen físico fue normal, con excepción de ligera hiperestesia en la cara lateral del tórax izquierdo que se extendía hacia anterior por debajo del pezón izquierdo. La fuerza de las extremidades superiores e inferiores se encontraba conservada. La cadera derecha mostró una flexión de 100 grados, a diferencia de la izquierda en la que era de 115-120 grados; el resto de los arcos de movimiento resultaron normales. Presentó un área de hiperestesia bien circunscrita en la superficie anterolateral del muslo derecho que corresponde con el territorio inervado por el nervio femorocutáneo lateral.



Figura 1. Resonancia magnética de la sexta vértebra torácica que demuestra un crecimiento tumoral en el cuerpo vertebral, el cual comprime el canal y foramen izquierdo.



Figura 2. Tomografía computada de la sexta vértebra torácica que demuestra la imagen característica de panal de los hemangiomas vertebrales.

Se obtuvieron placas simples de tórax y de columna dorsal y lumbar que demostraron artropatía degenerativa; no se observan cambios en los cuerpos vertebrales. Una gastroscopia demostró gastritis leve y *Helicobacter pylori* +, una colonoscopia fue normal y una tomografía computada de abdomen y pelvis no demostraron alteraciones.

Se realizó una resonancia magnética de la columna torácica, que evidenció varias lesiones en los cuerpos vertebrales; la mayor se detectó en T6 (*Figura 1*), cuyo diagnóstico diferencial era entre metástasis y hemangiomas. Se decidió realizar una tomografía de la columna torácica; este estudio reveló compresión a nivel del foramen izquierdo de T6 por el tumor, el cual abarcaba todo el cuerpo vertebral y presentaba el patrón trabecular en panal característico del hemangioma (*Figura 2*). Las lesiones lumbares eran más pequeñas; se encontraban dentro del cuerpo vertebral. Se realizaron potenciales motores y conducción nerviosa, demostrando una compresión medular en T6 con alteraciones del nervio intercostal izquierdo correspondiente al mismo nivel. En las piernas, la electromiografía no evidenció alteraciones.

Se realizó una angiografía del tumor en T6 para conocer su irrigación. Este estudio demostró que la rama de la que depende esta irrigación tiene anastomosis con varias arterias segmentarias de la médula, por lo que la posibilidad de embolizarlo es nula, al igual que la utilización de etanol o metilmetacrilato intracorpóreo.

Se decidió realizar una laminectomía con liberación del foramen izquierdo a nivel de T6. Durante la cirugía se tomó biopsia del cuerpo vertebral, la cual evidenció hemangioma de tipo capilar.

En la actualidad el paciente se encuentra sin dolor en tórax, disminuyó el dolor en la ingle derecha y la zona de hiperestesia anterolateral del muslo derecho.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas de columna en general son asintomáticos, se diagnostican como hallazgo radiográfico. Cuando presentan síntomas, éstos pueden ser de cualquier tipo, dependiendo del sitio de compresión.⁶ En este caso afectaba la raíz de T6 izquierda con ligera compresión medular de acuerdo con los potenciales motores, sin datos clínicos ya que el dolor en la superficie anterolateral del miembro pélvico derecho y el dolor inguinal de tipo mecánico ipsilateral no es originado por el tumor de acuerdo con los estudios de conducción de miembros inferiores. Se trata de una meralgia parestética o mononeuropatía diabética debido al área bien circunscrita en la región anterolateral del muslo derecho que no tiene relación con el dolor inguinal ipsilateral, el cual es producido por una artrosis incipiente de la cadera derecha que presenta en el examen físico una disminución de los arcos de movimiento y dolor de tipo mecánico irradiado a la región inguinal, con cambios radiográficos consistentes en disminución del espacio articular y esclerosis. Se decidió efectuar la liberación de la raíz de T6 izquierda porque el dolor era incapacitante; el procedimiento consistió en laminectomía y foraminotomía izquierda al mismo nivel.

Este paciente no tiene la posibilidad de un tratamiento definitivo con embolización, corpoplastia con metilmetacrilato o inyección del tumor con etanol, debido a que la arteria que nutre al tumor tenía anastomosis con arterias segmentarias de la médula lo que contraindica la embolización o la posibilidad de inyectar metilmetacrilato o etanol en el cuerpo vertebral durante la cirugía; por eso, al estudiar un hemangioma, es conveniente realizar una angiografía del tumor antes de llevar a cabo cualquier procedimiento para evitar complicaciones serias.⁷⁻¹⁰ También es posible utilizar la radioterapia con la cual los síntomas pueden disminuir sin cambios en la imagen del tumor; las complicaciones pueden ser serias y la respuesta no siempre es favorable; en este caso los síntomas desaparecieron con la cirugía.^{11,12} Además, la posibilidad de crecimiento de este tumor es extremada-

mente baja debido a que llegó a la cortical del cuerpo vertebral; es poco frecuente que estos tumores rompan la cortical.

El diagnóstico diferencial es con enfermedad de Paget, metástasis y otros tumores de origen vascular, como el hemangioblastoma o el hemangioendotelioma. En la primera se observa un engrosamiento de la cortical sin el patrón trabecular característico del hemangioma; mientras que la segunda puede romper la misma y abarcar todo el cuerpo vertebral presentando otro patrón en la imagen tomográfica. Sin embargo, como existen hemangiomas con patrones de imagen distintos, es necesario el diagnóstico histológico en la mayoría de los casos.^{13,14}

BIBLIOGRAFÍA

1. Folch PA. *Diccionario enciclopédico University, de términos médicos*. México: Interamericana, 1981.
2. Murray RO, Jacobson HG. *The radiology of skeletal disorders*. Edinburgh-London: Churchill Livingstone, 1977.
3. Yochum TR, Lile RL, Schultz GD, Mick TJ, Brown CW. Acquired spinal stenosis secondary to an expanding thoracic vertebral hemangioma. *Spine* 1993; 18 (2): 299-305.
4. Kulshresta M, Byrne P. Multiple primary haemangiomas of bone mimicking vertebral metastases. *JR Soc Med* 1997; 90 (11): 632-634.
5. Yung BC, Loke TK, Yuen NW, Chan CC. Spinal cord compression caused by thoracic vertebral hemangioma involving only the posterior elements of two contiguous vertebrae. *Skeletal Radiol* 1998; 27 (3): 169-172.
6. Nassar SI, Hanbali FS, Haddad MC, Fahl MH. Thoracic vertebral haemangioma with extradural extension and spinal cord compression. Case report. *Clin Imaging* 1998; 22 (1): 65-68.
7. Ide C, Gangi A, Rimmelin A, Beaujeux R, Maitrot D, Buchheit F. Vertebral haemangiomas with spinal cord compression: the place of preoperative percutaneous vertebroplasty with methyl methacrylate. *Neuroradiology* 1996; 38 (6): 585-589.
8. Chiras J, Sola-Martinez MT, Weill A, Rose M, Cognard C. Percutaneous vertebroplasty. *Rev Med Interne* 1995; 16 (11): 854-859.
9. Heiss JD, Doppman JL, Oldfield EH. Relief of spinal cord compression from vertebral hemangioma by intralesional injection of absolute ethanol. *N Engl J Med* 1994; 331 (8): 508-511.
10. Smith TP, Koci T, Mehringer CM, Tsai FY, Fraser KW, Dowd CF, Higashida RT. Transarterial embolization of vertebral hemangioma. *J Vasc Interv Radiol* 1993; 4 (5): 681-685.
11. Winkler C, Dornfeld S, Baumann M, Christen N, Herrman T, Eberhardt HJ. The efficacy of radiotherapy in vertebral hemangiomas. *Strahlenther Onkol* 1996; 172 (12): 681-684.
12. Serrano M, Iglesias A, San Milian J. Long-term response to radiotherapy of vertebral hemangioma resulting in paraplegia. *Acta Oncol* 1996; 35 (4): 498-499.
13. Higgins JN, Lammie GA, Savy LE, Taylor WJ, Stevens JM. Intraosseous vertebral haemangioblastoma: MRI. *Neuroradiology* 1996; 38 (suppl 1): 107-110.
14. Yamada K, Whitbeck MG, Numaguchi Y, Shrier DA, Tanaka H. Symptomatic vertebral hemangioma: atypical spoke-wheel trabeculation pattern. *Radiat Med* 1997; 15 (4): 239-241.