



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 14, Núm. 3 • Septiembre-Diciembre 2018 • pp. 126-134

Flebolitos y revisión de tres casos

María Teresa Arroyo Chimalpopoca,* Eric Partida Rodríguez,**
Norma Guadalupe Ibáñez Mancera,*** Francisco Adrián Villa Villanueva****

RESUMEN

Los flebolitos son calcificaciones idiopáticas de los trombos. En cabeza y cuello con frecuencia se asocian a lesiones vasculares que se clasifican en dos entidades clínicas: hemangiomas y malformaciones vasculares. Los flebolitos pueden tener una imagen similar a los sialolitos; sin embargo, éstos son generalmente únicos, cuando son múltiples se orientan en línea recta. En cambio, los flebolitos múltiples se distribuyen al azar. Se presentan tres casos de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» en la Cd. de Toluca, Estado de México. Dichos pacientes fueron atendidos debido a que presentaron una malformación vascular en la región cervical (dos en región mentoniana y una en región maseterina), las cuales estuvieron asociadas a lesiones calcificadas. Se presentan tres casos con tratamiento inicial a base de infiltración de esclerosantes y tratamiento quirúrgico posterior consistente en escisión quirúrgica bajo anestesia general. Estas lesiones calcificadas se reportan con poca frecuencia en la región maxilofacial, por lo que el objetivo del estudio es describir tres casos clínicos de pacientes diagnosticados con flebolitos en el Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» de la ciudad de Toluca.

Palabras clave: Flebolitos, malformaciones vasculares, región maxilofacial, polidocanol.

SUMMARY

Phleboliths are idiopathic calcifications of thrombi. In head and neck they are often associated with vascular lesions, which are classified into two clinical entities: hemangiomas and vascular malformations. Phleboliths may have a similar sialoliths image, however, these are usually unique, if multiple, are oriented in a straight line. Instead, multiple phleboliths are randomly distributed. Three cases of patients treated in the Maxillofacial Surgery Medical Center presented «Lic. Adolfo Lopez Mateos» in Toluca City, State of Mexico. These patients were treated because they had a vascular malformation in the cervical region (two in mental region and one in masseteric region) which were associated with calcified lesions. Cases based its initial infiltration of sclerosing treatment and subsequently its consistent surgical treatment of surgical excision under general anesthesia are presented. These calcified lesions are reported as rare in the maxillofacial region. So the aim of the study is to describe three cases of patients diagnosed with phleboliths Medical Center in «Lic. Adolfo Lopez Mateos» of the city of Toluca.

Key words: Phlebolites, vascular malformations, maxillofacial area, polidocanol.

* Pasante de Cirujano Dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos». Profesor de asignatura en la Facultad de Odontología de la UAEMex y en el Instituto Universitario Franco Inglés de México.

*** Especialista en Medicina y Patología Bucal. Catedrático de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México y en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac México Norte.

**** Especialista en Cirugía Maxilofacial en el Hospital General «Dr. Nicolás San Juan», Catedrático en IUFIM.

Correspondencia:

María Teresa Arroyo Chimalpopoca

Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos». Instituto de Salud del Estado de México.

Av. Nicolás San Juan s/n, Col. Ex Hacienda La Magdalena, 50010, Toluca, Estado de México.

E-mail: tessarroyo23@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en cabeza y cuello (blancas, rojas, máculas, pápulas, etc.) son muy características. Se manifiestan de manera diferente dependiendo del paciente y del ambiente.¹

Algunas entidades patológicas tienen diferentes características clínicas que las hacen únicas y en algunos casos pueden llegar a encontrarse características inusuales y éste es el caso de las anomalías vasculares con los flebolitos que son calcificaciones asociadas a una lesión vascular.²

Tumores vasculares

El hemangioma es una lesión benigna que consiste en un crecimiento hamartomatoso de capilares con un alto índice de proliferación.³ El hemangioma es la neoplasia vascular más común en cabeza y cuello y puede detectarse en diversas partes.⁴

Los hemangiomas y malformaciones vasculares (MV) son trastornos endoteliales que se dividen en dos grupos patológicos distintos: tumores vasculares (incluyendo hemangiomas) y malformaciones vasculares.⁵

Esta clasificación puede observarse en el *cuadro I*.

Malformaciones vasculares

Las malformaciones venosas son parte de un espectro de malformaciones vasculares, se definen como malformaciones compuestas de bajo flujo, venas dilatadas anormales y red venosa. Clínicamente las MV están presentes en el nacimiento y tienden a crecer de manera constante en proporción con el crecimiento somático del niño.⁷

Las malformaciones venosas son lesiones congénitas que afectan a los niños y niñas por igual con

un riesgo conocido de desarrollar otras condiciones dentro de un periodo especificado. La tasa de incidencia es de uno a dos nacimientos por cada 10,000 representando 0.1-1% de la población.²

Histológica e histoquímicamente se sabe que estas anomalías están formadas por pequeñas y grandes displasias postcapilares, vasculares y de paredes delgadas, canales con deficiencia en zonas de músculo liso.⁸

Normalmente en la región de cabeza y cuello pueden encontrarse litos o piedras en los conductos salivales como en el conducto de Steno y de Wharton, pero en un vaso sanguíneo es inusual.⁹

Los flebolitos son lesiones asociadas a malformaciones vasculares que pueden afectar capilares ubicados de manera muy superficial o vasos más gruesos y profundos. Sin embargo, estas lesiones se localizan de preferencia en las zonas de bajo flujo vascular y la estasis sanguínea presente contribuye a la deposición de sales de fosfato cálcico para la formación de litos.¹⁰

DIAGNÓSTICO

La mayoría de los tumores y malformaciones vasculares pueden diagnosticarse clínicamente, tomando en cuenta las características clínicas de la lesión. En cuanto a la complejidad de los casos, el estudio histopatológico de la biopsia y el análisis de los estudios de imagen tales como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y el ultrasonido pueden ser útiles para diferenciar y confirmar el diagnóstico, aunque la mayoría de los casos son procesos benignos y algunos de ellos tienen una involución espontánea durante su ciclo de vida.

Las anomalías vasculares pueden causar muchas complicaciones funcionales y estéticas.¹¹

En la mayor parte de los casos reportados los pacientes son asintomáticos y más tarde padecen episodios de inflamación fluctuante.¹² Presentan asimetría facial y por lo tanto, les preocupan los daños permanentes que pueden dejar físicamente, por eso acuden a consulta.

Es de vital importancia para el facultativo conocer cómo se manifiesta clínicamente este tipo de lesiones y qué medidas debe tomar al detectar un flebolito.

La escasa información que se tiene de estas lesiones puede confundir al clínico inexperto y afectar tanto el diagnóstico como el tratamiento de estos pacientes.

Es posible que se presenten complicaciones transoperatorias como una hemorragia importante.

Cuadro I. Clasificación de anomalías vasculares.⁶

Tumores vasculares	Malformaciones vasculares
Hemangiomas infantiles	Lesiones de bajo flujo
Hemangiomas congénito (RICH-NICH)	Venoso
Angioma en penacho	Capilar
Hemangiomas endoteliales	Linfático
Granuloma piógeno	Mixto
Formas raras	Lesiones de alto flujo
	Arteriovenosas-arteriales

RICH = hemangioma capilar rápida involución; NICH = hemangioma capilar no involutiva.

TRATAMIENTO

Se han descrito, propuesto y aplicado varios enfoques terapéuticos para el tratamiento de las anomalías vasculares, incluyendo el control y seguimiento clínico, la terapia con láser,¹³ la terapia medicamentosa (glucocorticoides, interferón, vincristina, imiquimod),¹⁴ la escleroterapia (corticosteroides, bleomicina, polidocanol), la radioterapia, la cirugía plástica, el tratamiento de restricción,¹⁵ etc., o una combinación de estas modalidades.

La escleroterapia implica la inyección percutánea de una sustancia para inducir la inflamación y la trombosis de la lesión, que dará lugar a largo plazo a fibrosis y se espera que disminuya o elimine la expansión de la lesión. El polidocanol es la solución que más se utiliza.¹⁵

Los casos reportados de flebolitos asociados a malformaciones vasculares generalmente son asintomáticos, algunos pacientes padecen episodios de inflamación fluctuante¹⁵ y asimetría facial, lo cual es preocupante por los daños permanentes que pueden dejar físicamente.

Por tal motivo, el objetivo de nuestro artículo es el reporte de tres casos de flebolitos en la región de cabeza y cuello, tratada en el Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos».

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Caso número 1

Paciente masculino de 18 años de edad, clínicamente sano y sin datos médicos relevantes, referido al Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos» en la Ciudad de Toluca por presentar aumento de volumen en región submentoniana, con un año y medio de evolución aproximadamente y asintomático. Tratamientos previos con antibióticos inespecíficos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) sin mejoría de la lesión, debido a diagnóstico presuntivo de proceso infeccioso. El volumen de la lesión ha ido en aumento, por lo que genera preocupación por parte del paciente (*Figura 1A*).

Se palpa una lesión única en región submandibular que mide aproximadamente 40 x 30 mm, indurada alrededor y levemente fluctuante en el centro. A la punción se recaban 3 mL de sangre venosa, observando que la lesión disminuye de tamaño en el centro.

Se realiza una TAC (tomografía axial computarizada) en la que se observa una tumoración con densidad heterogénea en región submandibular de

aproximadamente 38 x 40 mm, con una marcada hiperdensidad en el centro.

Se realizó el procedimiento quirúrgico bajo AGIB (anestesia general inhalatoria avanzada), se hizo una incisión en región submandibular; se disecó por planos hasta acceder a la lesión, misma que es diseccionada y desprendida de los tejidos adyacentes que en su mayoría se trató de tejido muscular (*Figura 1B*).

No hubo accidentes ni incidentes, durante el postoperatorio se observó un sangrado moderado que pudo controlarse sin complicaciones, además el tumor tenía íntima relación con los músculos digástricos en su vientre anterior así como con el milohioideo.

Se retiró la pieza quirúrgica, en su análisis macroscópico se detectó que en su interior presentaba una pequeña lesión esférica de 4 o 5 mm de diámetro aproximadamente, calcificada, blanquecina y con apariencia de un sialolito.

Se observó que la lesión era independiente del tejido glandular, por lo que nuevamente se valoraron los conductos salivales en piso de boca, encontrando éstos completamente permeables (*Figuras 1C y 1D*). Se suturó por planos sin ninguna complicación (*Figura 1E*).

No se cuenta con los resultados del estudio histopatológico, por lo que sirva este primer caso para ilustrar lo que muy probablemente fue una malformación vascular asociada a un flebolito.

Caso número 2

Paciente femenino de 17 años de edad, con carga genética a hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, ambos por parte de línea materna, quirúrgicos positivos con apendicectomía a los 13 años, menarca a los 12, paciente núbil y el resto de los antecedentes sin importancia. Presenta una tumoración ubicada en región maseterina que se desplaza hacia la región geniana, asintomática y con dos años de evolución. Al tacto no hay cambios en la superficie de la piel ni cambio de temperatura, se palpa fluctuante y bien limitada, de aproximadamente 35 x 40 mm, palpable también en la cavidad oral, en la que no se evidencian alteraciones en la mucosa bucal.

Acudió a consulta médica hasta que la tumoración le generó disconformidad estética (*Figuras 2A y 2B*).

Tratamientos previos con antibióticos y odontectomía por tratarse de un supuesto proceso infeccioso ligado al órgano dentario 46.

Se realiza una punción aspiración exploratoria obteniendo 4 mL de sangre venosa y se observó una

disminución importante en el volumen de la lesión. Se tomó ultrasonografía Doppler arrojando datos sugestivos de «anomalía vascular» (*Figura 2C*).

Se solicita una TAC contrastada que revela una lesión hipodensa en cuyo interior contiene dos lesiones hiperdensas de forma esférica de 5 mm de diámetro (*Figura 2D*). Se sospecha de la presencia de sialolitos. Se solicitó una arteriografía con el fin de valorar asociación a grandes vasos, determinando que no había relación con arterias importantes (*Figura 2E*).

Se procede a la infiltración de un medicamento esclerosante. Se ocupó polidocanol al 3% empezando infiltrado de 0.3 a 0.4 mL de manera intralesional, una vez a la semana por 14 meses y al apreciar el cambio en la consistencia de la lesión, pasando de blanda fluctuante a firme y fibrosa, entonces se pasa a quirófano para la enucleación ya con menor riesgo de sangrado.

Una vez terminado el protocolo prequirúrgico, se realiza la enucleación bajo AGIB, se hace una incisión tipo Risdon para acceder a la región maseterina (*Figura 3A*), disecando por planos de manera roma se ligan vasos faciales. Al acceder a la lesión se aprecia macroscópicamente su naturaleza fibrosa (*Figura 3B*) y se retira sin tener complicaciones en cuanto a la hemorragia (*Figura 3C*). Al analizar el espécimen se observó la presencia de dos lesiones esféricas de aproximadamente 3 mm de diámetro, calcificaciones de color blanco amarillento (*Figuras 3D a 3F*).

Finalmente se envía la pieza quirúrgica a su respectivo estudio histopatológico reportando proliferación de vasos sanguíneos, trombosis y fenómeno de recanalización con proliferación de células endoteliales. No se realiza descripción de la pieza calcificada; sin embargo, debido a los estudios de imagen, al estudio histopatológico y al comportamiento clínico de la lesión se diagnostica como flebolito.

La paciente no tuvo complicaciones en el postoperatorio y se mantuvo en vigilancia estrecha por aproximadamente cuatro años a través de consulta externa y se dio de alta sin presentar recidiva.

Caso número 3

Se trata de paciente femenino de 17 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, con un tiempo de evolución de dos años, presenta una tumoración en la región submentoniana, ligeramente desplazada hacia la izquierda. De crecimiento lento e intermitente, generalmente asintomática, genera leve molestia a la manipula-

ción. Mide aproximadamente 40 x 40 mm (*Figura 4A*). Se palpa fluctuante, pero presenta una pequeña proyección de palpación dura. Tratamiento previo con antibióticos y antiinflamatorios por suponer un proceso infeccioso.

Se realizó aspiración con aguja de 30 G, se obtuvo una cantidad aproximada de 5 mL de material sanguinolento y se observó disminución inmediata del tumor, después de la aspiración se hizo evidente a la palpación la presencia de al menos cuatro lesiones duras justo por debajo de la piel de aproximadamente medio milímetro.

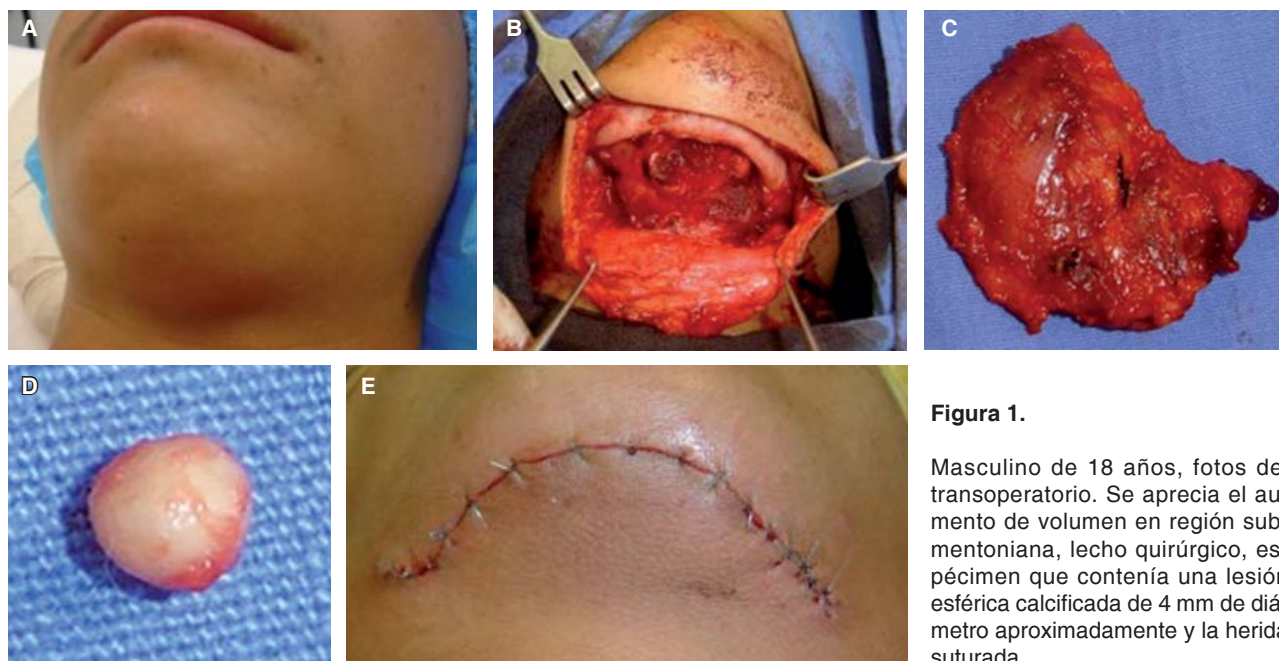
En la TAC se aprecia una lesión hipodensa con múltiples puntos hiperdensos circulares; el de mayor tamaño mide aproximadamente 6 mm y el menor, un par de milímetros de diámetro (*Figura 4B*).

Se realizó una reconstrucción en tercera dimensión, apreciándose un total de nueve lesiones esféricas calcificadas (*Figura 4C*). Llegando a la conclusión, luego de la valoración clínica de la sangre obtenida en la aspiración, de la presencia de estas lesiones calcificadas como una anomalía vascular asociada a flebolitos.

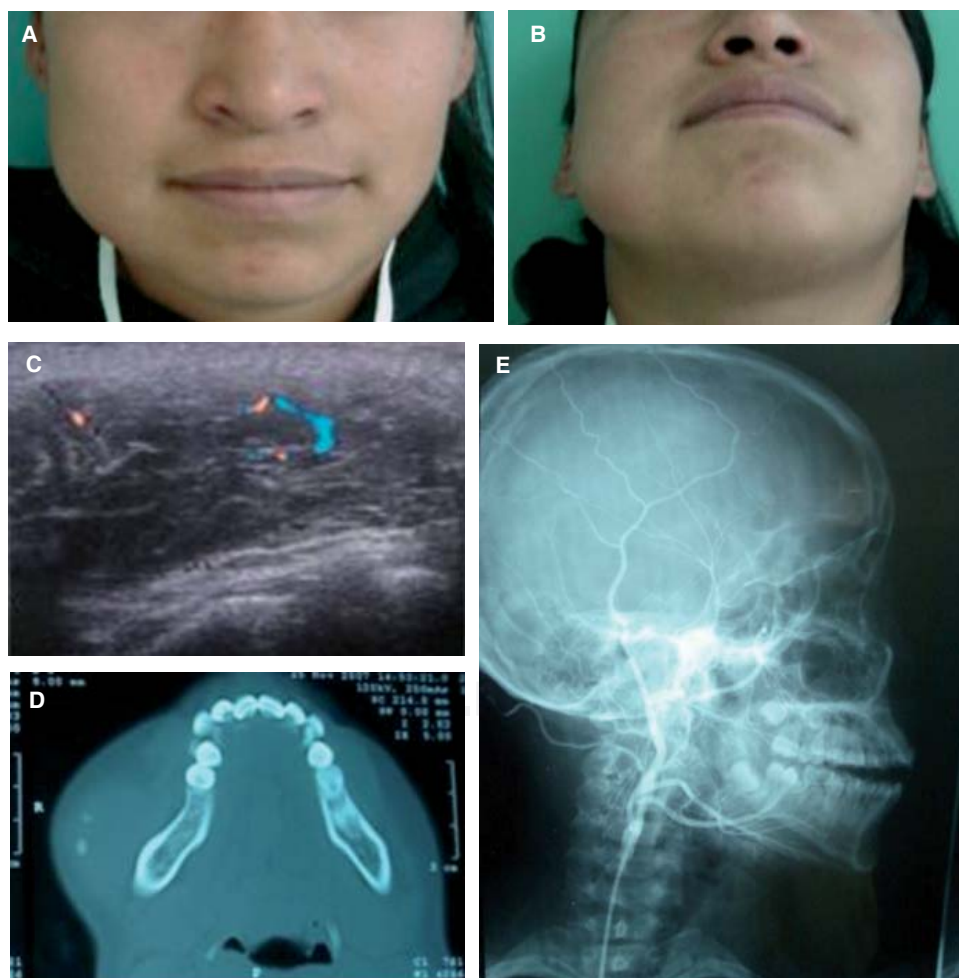
Como parte del tratamiento se comenzó con la aplicación infiltrativa de esclerosante (polidocanol) al 3% de manera intralesional, se emplearon 3 mL los primeros días, pero la paciente refirió un dolor intenso en la zona asociado a eritema. Se decidió entonces infiltrar la mitad (1.5 mL) corrigiéndose este problema. Se infiltró al mismo ritmo (una vez a la semana) hasta que al cabo de tres meses y medio se apreció un cambio importante en la consistencia de la lesión, la cual pasó de fluctuante a firme. Asimismo, el tamaño disminuyó radicalmente (en 60% aproximadamente).

Por lo anterior, se empezó inmediatamente el protocolo para realizar la enucleación de la lesión bajo anestesia general. Después de disecar los tejidos, se obtuvo una masa muy fibrosa y en ningún momento del procedimiento hubo sangrado importante (*Figura 5A*). Sólo se encontró que la lesión estaba íntimamente asociada al músculo digástrico izquierdo en su vientre anterior (*Figura 5B*). Se disecó de manera roma y se realizó hemostasia con electrobisturí a nivel del músculo (*Figura 5C*). Se obtuvo un espécimen de aproximadamente 35 x 40 mm y en su interior la presencia de nueve calcificaciones de diversos tamaños, todas esféricas (*Figuras 5D y 5E*). Finalmente se cerró la herida por planos y se dio por terminado el acto quirúrgico sin accidentes ni incidentes.

La paciente presentó un postoperatorio doloroso con datos de hiperalgesia en dicha región que fue controlada con AINE al cabo de un mes y medio.

**Figura 1.**

Masculino de 18 años, fotos del transoperatorio. Se aprecia el aumento de volumen en región submentoniana, lecho quirúrgico, espécimen que contenía una lesión esférica calcificada de 4 mm de diámetro aproximadamente y la herida suturada.

**Figura 2.**

Femenino, con asimetría a expensas de aumento de volumen en región maseeterina y geniana derecha. Arteriografía en la que se aprecia que la lesión no tiene un componente arterial importante. USG Doppler con ecos heterogéneos, una porción profunda hiperecótica y poca vascularidad. TAC simple que muestra dos zonas hiperdensas cercanas a la piel.

El tumor fue enviado a su estudio histopatológico reportando datos compatibles con una malformación vascular asociada a calcificaciones compatibles con flebolitos. La paciente sigue aún bajo control clínico cada tres meses y se mantiene sin recidiva.

Consideraciones éticas

Todos los expedientes de los pacientes presentaron la carta de consentimiento informado, además se les pidió autorización para poder presentar sus casos. Todos accedieron.

No se realizaron tratamientos experimentales, sino tratamientos comprobados y reportados en la literatura.

DISCUSIÓN

Los flebolitos asociados a anomalías vasculares fueron detectados inicialmente en la vena esplénica por Constatt en 1843 y en la región maxilofacial por Kirmission en 1905.¹⁶ Los flebolitos son calcificaciones idiopáticas de los trombos, pueden tener una imagen similar a los sialolitos; sin embargo, éstos

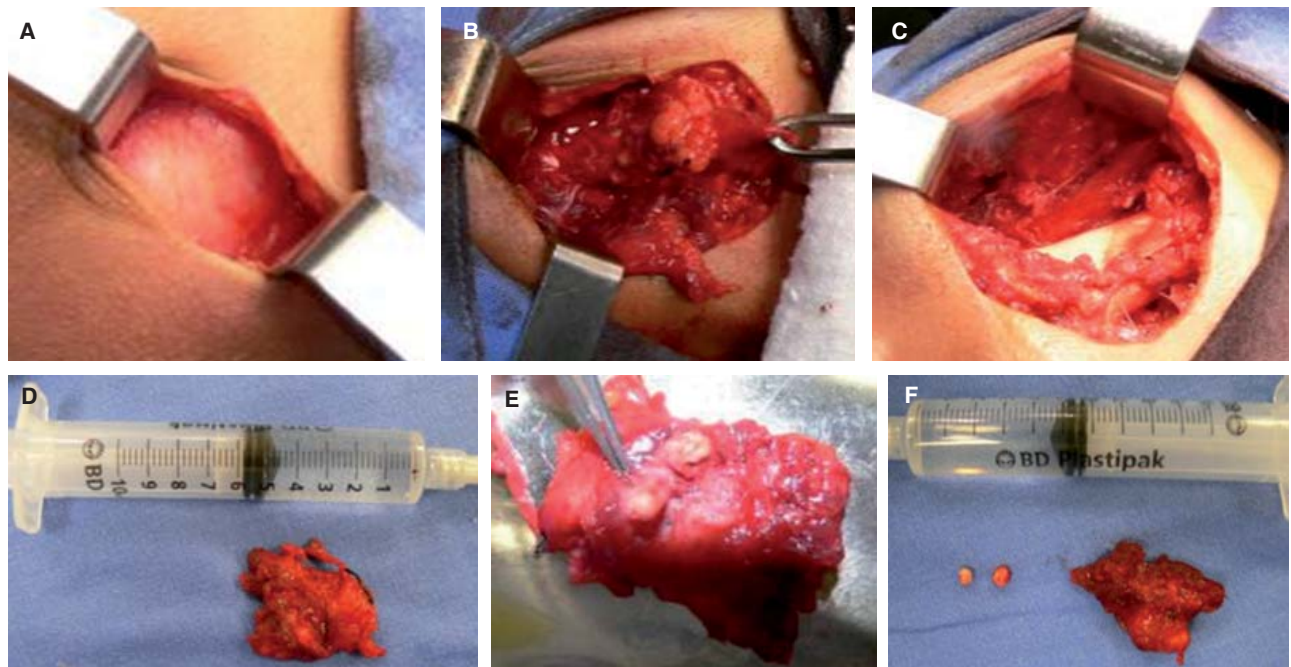


Figura 3. Transoperatorio. Abordaje y disección de la zona. Extirpación de la lesión y lecho quirúrgico. El espécimen contenía dos lesiones esféricas calcificadas de 3 y 4 mm de diámetro.

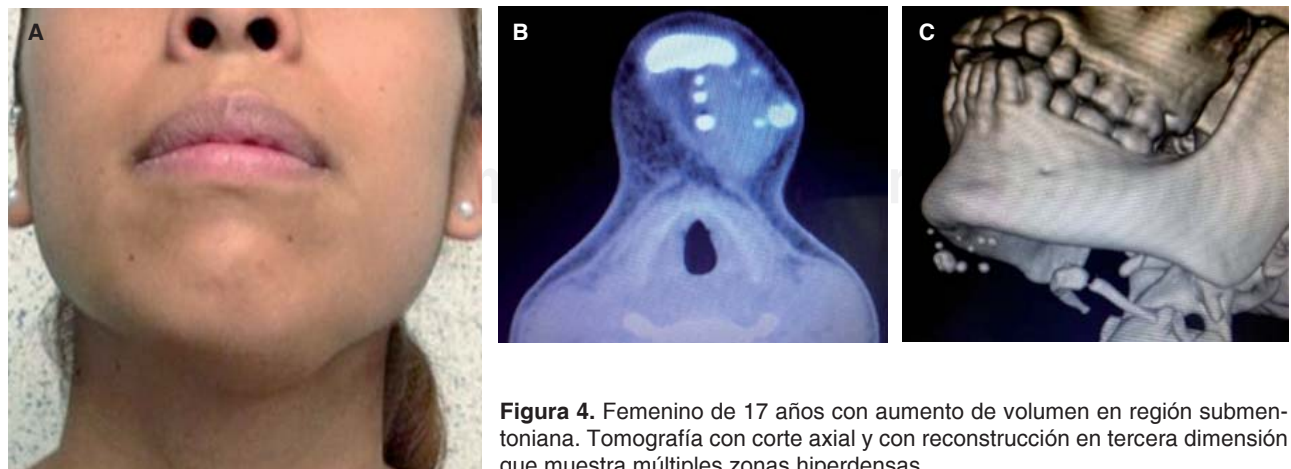


Figura 4. Femenino de 17 años con aumento de volumen en región submentoniana. Tomografía con corte axial y con reconstrucción en tercera dimensión que muestra múltiples zonas hiperdensas.

son generalmente únicos, cuando son múltiples se orientan en línea recta. En contraste, los flebolitos múltiples se distribuyen al azar.¹⁷

Las malformaciones venosas (VM) son la segunda anomalía vascular más común en cabeza y cuello después de hemangioma.¹⁸ En ocasiones pueden aparecer calcificaciones (altamente sugestivas de tumor vascular), siendo el tipo más específico y frecuente (49%) el flebolito, que es una masa calcificada, redondeada que con frecuencia muestra una estructura laminar. La extremidad inferior (44.8%) es la localización más común, seguida de la extremidad superior (26.1%), cabeza y cuello (13.5%) y tronco (13.5%).¹⁹

Presentamos tres casos de flebolitos en los que no se realizó un diagnóstico correcto en su primer nivel de atención, ya que en los tres casos se diagnosticó como proceso infeccioso de origen dental, con tratamiento a base de antibióticos y AINE. Es importante para el personal médico y dental conocer los criterios diagnósticos de una malformación venosa así como las acciones que deben realizarse en el diagnóstico y referencia de estas lesiones.

Ante la presencia de una lesión vascular se recomienda realizar una punción, si el producto extraído es sangre, en lo primero que debe pensarse es en una patología venosa o hemangioma. Recordemos que el hemangioma se presenta en edad temprana

y con el paso del tiempo puede ir evolucionando o involucionando.²⁰

Sin embargo, debe seguirse este procedimiento con todas las medidas de seguridad para el paciente, debido a complicaciones en el procedimiento como hemorragia.¹⁸

Estas lesiones vasculares pueden diagnosticarse por sus hallazgos típicos de imagen, lo que supone menor riesgo. La resonancia magnética y ultrasonido pueden ser útiles para diferenciar y confirmar el diagnóstico. La tomografía axial computarizada es de gran utilidad como examen de imagenología, ya que podemos observar la extensión y los bordes de la lesión, presencia de formaciones calcificadas que harían sospechar de un flebolito.¹

La mayoría de los tumores vasculares y malformaciones pueden ser diagnosticados clínicamente con base en la aparición de la lesión. La realización de una correcta historia clínica y la inspección clínica adecuada puede acercarnos al diagnóstico de una lesión.²¹

En el primer nivel de atención de los casos presentados se pensó en procesos infecciosos odontogénicos; sin embargo, un criterio de exclusión de esta patología es el tiempo de evolución,²² ya que difícilmente encontraremos un proceso infeccioso de origen dental con dos años de evolución, como el presentado en estos casos. Los flebolitos por su

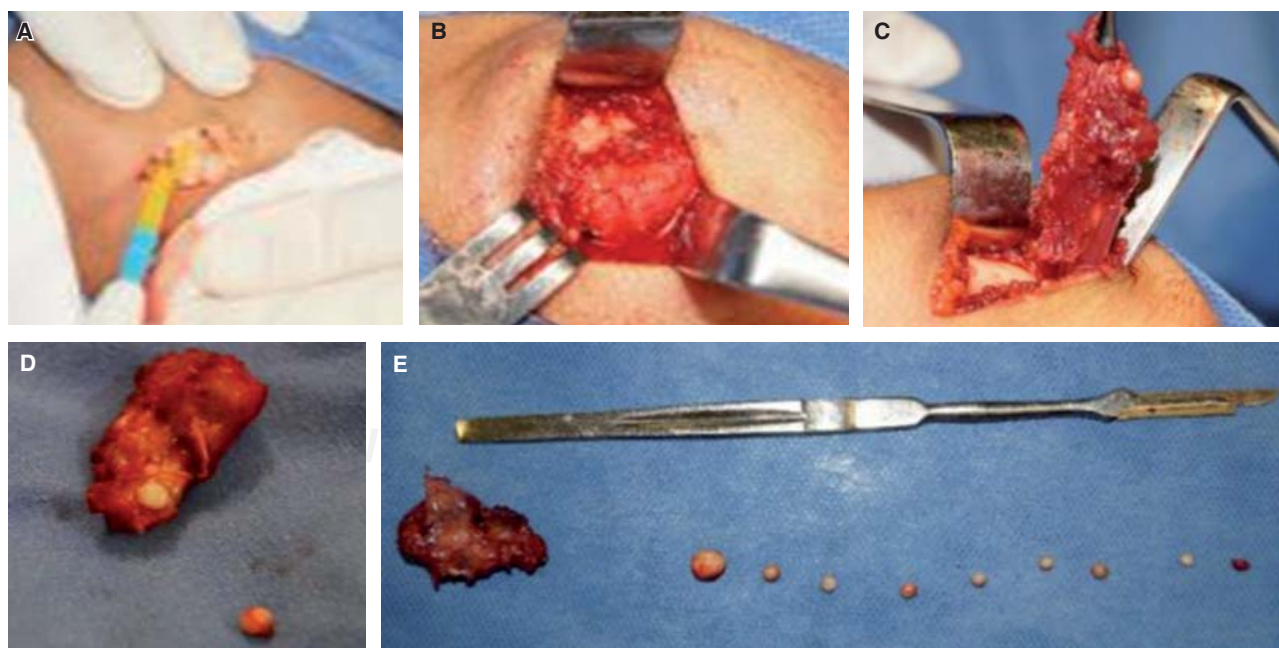


Figura 5. Incisión y disección en región submentoniana por planos. Se observa una íntima relación de tumor con el vientre anterior del digástrico izquierdo. Lesión que presenta en su interior nueve lesiones calcificadas.

naturaleza asintomática y de crecimiento lento²¹ no afectan en sus estados iniciales las distintas funciones y vida cotidiana de la persona. Cuando su crecimiento es mayor afecta la estética del paciente, al igual que las funciones como la fonación, la deglución, la correcta respiración y es en este estado cuando el paciente acude a revisión médica-dental.²²

Como muchas lesiones de origen vascular, los flebolitos se palpan fluctuantes, de color rojo violáceo cuando se encuentran exteriorizadas. En algunas ocasiones es posible palpar contenido sólido en su interior que correspondería a las calcificaciones o litios en su interior.²³ Una punción aspiradora puede ser un excelente medio de diagnóstico. La punción debe hacerse con una jeringa hipodérmica de calibre 30 G, 31 G para evitar realizar una herida de mayor tamaño que complique la hemostasia. En caso de una lesión vascular se obtendrá sangre similar a la extraída directamente de una punción a un vaso. Si hay líquido sanguinolento, líquido quístico, pus, saliva o si no se obtiene ningún producto, ayudará a confirmar o cambiar el diagnóstico presuntivo.²⁴

El clínico tiene que definir si se trata de una lesión vascular quística, de un proceso infeccioso o inclusive tumoral. Los diagnósticos diferenciales son: hemangioma, sialolitiasis, abscesos por procesos infecciosos, linfoma.²²

En los casos presentados se utilizó como esclerosante el polidocanol debido a que la escleroterapia sigue siendo una buena opción para el tratamiento

de malformaciones venosas en cabeza y cuello, además de reducir el riesgo de hemorragia durante el procedimiento quirúrgico.²¹

La aplicación intralesional de polidocanol tiene la peculiaridad de dañar el endotelio de los vasos sanguíneos, tiene un efecto anticoagulante basado en la desnaturalización de proteínas. La inyección produce un efecto inflamatorio perivascular, lo que conduce a una tromboflebitis superficial localizada y aséptica, generando finalmente un cambio histológico en dicha lesión, transformándolo a un tejido fibroso que puede ser removido quirúrgicamente.¹⁵

CONCLUSIÓN

Los flebolitos son lesiones asociadas a un vaso sanguíneo con producción de calcificaciones en su interior. Es importante que los médicos y odontólogos del primer nivel de atención y primer contacto con el paciente estén capacitados para diagnosticar y referir al especialista este tipo de lesiones.

La realización de una correcta historia clínica, el tiempo de evolución, la sintomatología, palpación, punción aspiradora y estudios radiográficos convencionales (radiografía periapical y ortopantomografía) son herramientas al alcance del odontólogo de atención primaria, indispensables para un diagnóstico presuntivo y su pronta canalización al especialista en cabeza y cuello. Es necesario realizar los estudios de imagen correspondientes, ya que estas lesiones

Cuadro II. Epidemiología de los casos presentados.

Edad	Género	Región topográfica	Tamaño de la lesión	Síntomas	Estudios de imagen	Diagnóstico	No. de flebolitos	Tamaño de flebolitos	Tiempo de evolución	Respuesta a la escleroterapia
18 años	Masc.	Región submentoniana	40 x 30 mm	Asintomático	Rx. panorámica TAC	Lesión tumoral asociada a glándula submandibular	1	4 mm	4 meses	No se realizó escleroterapia
17 años	Fem.	Región geniana derecha	35 x 40 mm	Asintomático	Ultrasonografía Doppler TAC contrastada Arteriografía	Anomalía vascular	2	3 y 4 mm	2 años	Cambio de consistencia de fluctuante a firme, disminución discreta de tamaño
17 años	Fem.	Submentoniana desplazado a la izquierda	40 x 40 mm	Asintomático	TAC	Anomalía vascular asociada a flebolitos	9	2 de 6 mm 3 de 5 mm 2 de 4 mm 2 de 3 mm	2 años	Cambio de consistencia de fluctuante a firme, disminución de tamaño (60% aprox.)

pueden estar asociadas a grandes vasos, lo que podría comprometer el estado de salud del paciente.

Por otro lado, concluimos que en los casos presentados el uso de polidocanol como tratamiento esclerosante no generó efectos secundarios o adversos en ninguno de los casos, disminuyó el riesgo de hemorragia y facilitó el procedimiento quirúrgico. Se ha reportado que puede ocasionar efectos secundarios como pigmentación, neovascularización, dolor, ardor, eritema, hematoma, reacción alérgica: picazón o ronchas, hinchazón en la cara o en las manos, hinchazón o cosquilleo en la boca o garganta, opresión en el pecho, dificultad para respirar, dolor de cabeza repentino o intenso, problemas con la visión, el lenguaje o para caminar.

En el *cuadro II* puede observarse que los casos presentados muestran un prototipo que la lesión sigue en edades de los pacientes y en el tamaño de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Chava VR, Shankar AN, Vemanna NS, Cholleti SK. Multiple venous malformations with phleboliths: radiological-pathological correlation. *J Clin Imaging Sci*. 2013; 3 (Suppl 1): 13.
- Scolozzi P, Laurent F, Lombardi T, Richter M. Intraoral venous malformation presenting with multiple phleboliths. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2003; 96 (2): 197-200.
- Donnelly LF, Adams DM, Bisset GS. Vascular malformations and hemangiomas: a practical approach in a multidisciplinary clinic. *AJR Am J Roentgenol*. 2000; 174: 597-608.
- Sundine MJ, Wirth GA. Hemangiomas: an overview. *Clin Pediatr*. 2007; 46: 206-221.
- Mahady K, Thust S, Berkeley R, Stuart S, Barnacle A, Robertson F et al. Vascular anomalies of the head and neck in children. *Quant Imaging Med Surg*. 2015; 5 (6): 886-897.
- Marler JJ, Mulliken JB. Current management of hemangiomas and vascular malformations. *Clin Plast Surg*. 2005; 32 (1): 99-116, ix.
- Dubois J, Soulez G, Oliva VL, Berthiaume MJ, Lapierre C, Therasse E. Soft tissue venous malformations in adult patients: Imaging and therapeutic issues. *Radiographics*. 2001; 21: 1519-1531.
- Hochman M. Infantile hemangiomas: current management. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2014; 22: 509-521.
- García-Mónaco R, Kreindel T, Giachetti A. Malformaciones vasculares: claves diagnósticas para el radiólogo. *Rev Argent Radiol*. 2012; 76 (4): 301-313.
- Almog DM, Illig KA, Carter LC, Friedlander AH, Brooks SL, Grimes RM. Diagnosis of non-dental conditions. Carotid artery calcifications on panoramic radiographs identify patients at risk for stroke. *N. Y. State Dent J*. 2004; 70 (1): 20-25.
- Yang B, Li L, Zhang LX, Sun YJ, Ma L. Clinical characteristics and treatment options of infantile vascular anomalies. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94 (40): e1717.
- Cahill AM, Nijs EL. Pediatric vascular malformations: pathophysiology, diagnosis, and the role of interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2011; 34 (4): 691-704.
- Wójcicki P, Wójcicka K. Epidemiology, diagnostics and treatment of vascular tumours and malformations. *Adv Clin Exp Med*. 2014; 23 (3): 475-484.
- Asai T, Suzuki H, Takeuchi J, Komori T. Effectiveness of photocoagulation using an Nd:YAG laser for the treatment of vascular malformations in the oral region. *Photomed Laser Surg*. 2014; 32 (2): 75-80.
- Pérez-Macias Martín O, Peral-Cagigal B, Madrigal-Rubiales B, Blanco-Sanfrutos S, Redondo-González LM, Verrier-Hernández A. Hemangioma cavernoso sublingual. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2013; 35 (1): 44-49.
- López-Fernández R, Téllez-Rodríguez J. ¿Flebolitos o sialolitos en la región maxilofacial? *Rev Mex Cir Bucal Max*. 2016; 12 (1): 28-32.
- Antezano-Mejía MJ. Calcificaciones de tejidos blandos más frecuentes en radiografías panorámicas dentales digitales. Centro de Diagnóstico Integral San Isidro Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa de Cybertesis Perú. 2016; 343: 185-189.
- Sanchís V, Fernández CI, Sánchez C, Gascó J, Jolin T, Gomar-Sancho F. Hemangioma intramuscular. Aportación de 6 casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Ost*. 1990; 149: 367-378.
- Meyer JS, Hoffer FA, Barnes PD, Mulliken JB. Biological classification of soft-tissue vascular anomalies: MR correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 1991; 157 (3): 559-564.
- Güneyli S, Ceylan N, Bayraktaroğlu S, Acar T, Savaş R. Imaging findings of vascular lesions in the head and neck. *Diagn Interv Radiol*. 2014; 20 (5): 432-437.
- Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones): Características clínicas e historia natural. *Anales Sis San Navarra*. 2004; 27 (Suppl 1): 09-25.
- Cordisco MR. Lesiones vasculares en la infancia. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005; 3 (2): 101-114.
- Ortega T, Cajone MC, Pasquali P, Trujillo B, Roizental M. Malformaciones vasculares a predominio cutáneo: diagnóstico y tratamiento. *Dermatología Venezolana*. 2005; 43 (1): 4-11.
- Sadick NS. Hyperosmolar versus detergent sclerosing agents in sclerotherapy. Effect on distal vessel obliteration. *J Dermatol Surg Oncol*. 1994; 20 (5): 313-316.