

HEMANGIOMA

E. Zerboni, M. Cassinoni y D. Invernizzi

Historia 2119. — F. H., 63 años, yugoeslavo. Hace 12 años que vive en el Uruguay.

25 - XI - 41. — Ingresa porque hace 8 días tiene dolores de tipo cólico intestinal. Como no calmaban consultó médico que le indicó unas fricciones en el abdomen.

Los dolores de tipo cólico le impiden alimentarse desde hace una semana, acompañados de anorexia y cuando tomaba agua se exacerbaban y tenía náuseas. Anoche sus dolores fueron muy intensos y concurre al hospital. No tuvo diarrea ni vómitos.

Antecedentes personales y hereditarios sin importancia.

Examen. — Enfermo con buen estado de nutrición, algo decaído, apirético, lengua saburral.

Vientre depresible, algo sensible a la palpación profunda en F.I.D. y flanco derecho, más sensible en trayecto cólico izquierdo y sigmoide. No se palpa hígado ni bazo.

Pulmón: algunos estertores subcrepitales en base derecha.

Corazón: tonos normales. P.A. Máx.: 15, Mín.: 9.

Se envían materias para examen coprológico. El laboratorio sospecha amibas. Gran cantidad de sangre.

4 - XII - 41. — El enfermo sigue con sus crisis dolorosas. Deposiciones diarreicas, negruzcas y con gran cantidad apreciable de sangre roja. En la región anal se comprueban "mariscos". Tacto rectal negativo. La palpación de su vientre es dolorosa en flanco y fosa ilíaca izquierda. Se comprueba además dolor en la 5ª vértebra dorsal con escoliosis.

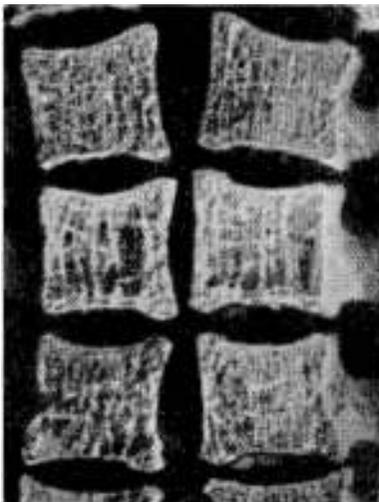
6 - XII - 41. — Previo purgante, se envían nuevas materias para investigar. Se comienza a dar emetina.

9 - XII - 41. — Calmó notablemente sus dolores a la 2ª inyección de emetina, mejor el estado general.

10 - XII - 41. — Tomó purgante y se envían a examen. Sus dolores han desaparecido.

Examen neurológico. — Cabeza y miembros superiores no se aprecia nada particular. El enfermo acusa dolores espontáneos al nivel de la mitad inferior del raquis al nivel de la musculatura yuxtavertebral correspondiente. Existe también un dolor en cintura correspondiente a la parte alta del abdomen. Estos dolores aumentan con la tos y el movimiento. A la inspección se observa

en la columna una escoliosis dorsal y un aumento notorio de la lordosis lumbar. Con la flexión del cuerpo hacia adelante atenúa bastante la lordosis y la escoliosis. La musculatura paravertebral está contracturada. Se provoca un dolor contra la 5ª apófisis espinosa dorsal por la palpación. Existe dolor por la maniobra de Lasegue en ambos lados que aparece cuando el miembro está muy levantado. Dolor localizado en la pantorrilla, dolor que aumenta con la flexión dorsal del pie, lo cual nos hace pensar que es de origen nervioso. El enfermo manifiesta que tiene dolores espontáneos al nivel de las



Fotografías de un hemangioma. Pieza del Museo de Anatomía Patológica

pantorrillas y tobillos, sobre todo cuando camina. Discreta disminución de fuerzas global del lado izquierdo.

Reflejos rotuliano y aquiliano izquierdos bastante disminuídos. Reflejos cutáneo, abdominal y escrotal disminuídos.

Exámenes. — 27-XI-41. — Urea: 0.90 grs. Suero sanguíneo: fósforo inorgánico: 5.16 %; fosfatasa U. Bodanski: 3.68. — 11-XI-41. Heces: No se observan huevos, quistes ni parásitos. R. Wassermann: negativa. — 12-XII-41 Ca.: 11mg.20 %; Ph. inorgánico: 2.71 %.

Exámenes radiográficos. — 3-XII-41. C. 14575. Hay una alteración de la estructura ósea de la 9ª vértebra apareciendo la trabeculación gruesa y con zonas de rarefacción ósea. Además hay puentes óseos que los unen a las vértebras vecinas.

11-XII-41. — Radioscopia: Estómago con espasmos del píloro que dificulta la evacuación y la visibilidad del duodeno.

28-XII-41. — Radioscopia: Estómago y duodeno radioscópicamente normales.

31-XII-41. — Radioscopia: Colon con enema baritado. Normal.

20-XII-41. —² Mielografía lipiodolada. No muestra nada anormal, el lipiodol desciende sin dificultad.



Radiografía de perfil

21-XII-41. — Pasó muy molesto por la mielografía. Cefalalgia.

25-XII-41. — Ligero dolor espontáneo y provocado en cuadro cólico sobre todo del lado izquierdo e hipocondrio derecho. Cefalalgias.

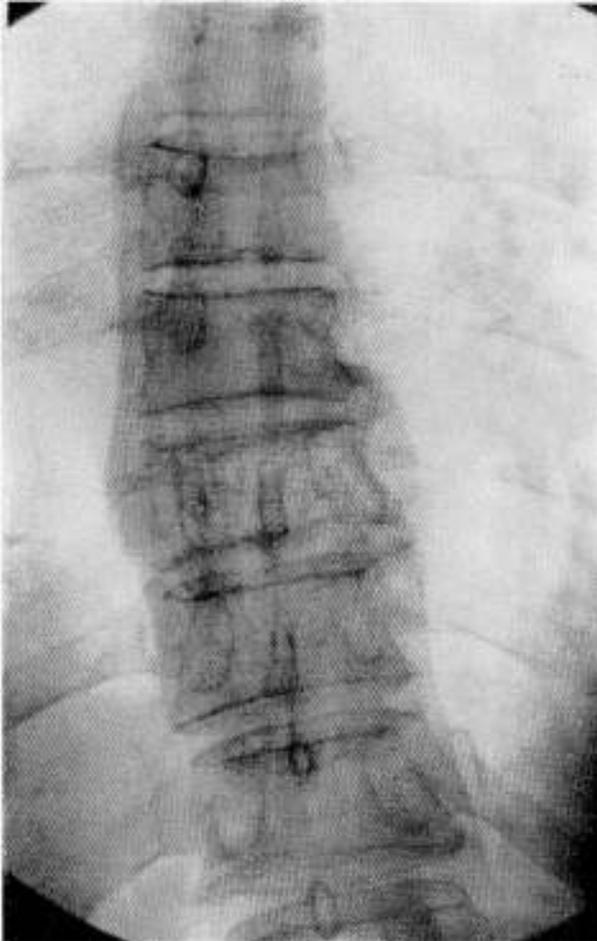
26-XII-41. Los dolores han desaparecido.

31-XII-41. — Se hace enema opaco y se da de alta en buen estado.

Consideraciones

Existen en el caso relatado, un cuadro intestinal y otro neurológico al parecer no relacionados.

Este último caracterizado por dolores a irradiación ciática,

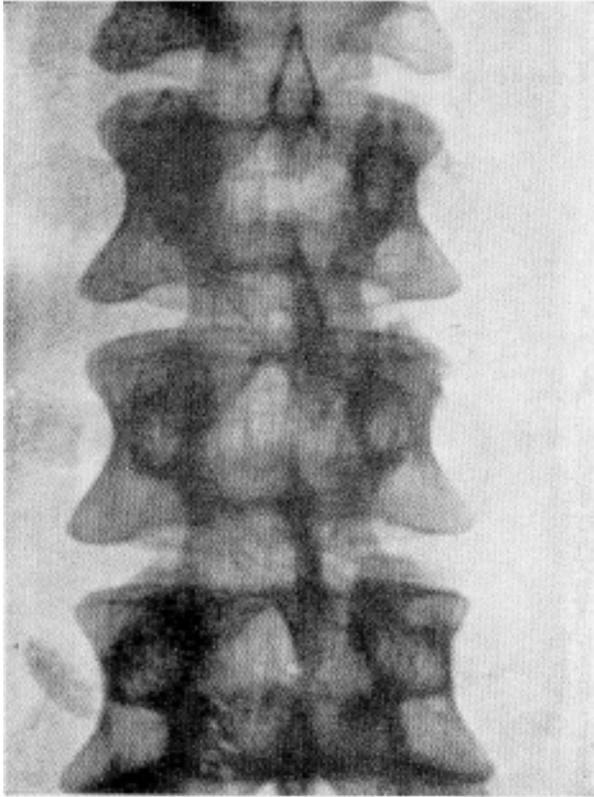


Radiografía de frente

con signo de Lasegue positiva y reflejos apulianos, desusados, se acompaña también de dolor localizado a la 5^a dorsal y contractura paravertebral. El cuadro desaparece luego de unos días, no pudiendo afirmarse que él obedezca a la vértebra que aparece con

ese cuadro radiológico característico que nos ha hecho pensar, en un angioma vertebral, diagnóstico éste que solo podía afirmarlo la evolución, como lo señalaremos a su debido tiempo en el capítulo del diagnóstico diferencial.

La historia que acabamos de relatar ha de servirnos para



hacer algunas consideraciones sobre el hemangioma óseo y en especial sobre su localización en la columna vertebral.

En 1920, el hemangioma era todavía considerado como una verdadera rareza. Makrycostas logró reunir 10 casos de localización vertebral y señaló en su trabajo que este tumor es mucho más frecuente de lo que hace suponer la Clínica porque quedan muy comúnmente al estado latente.

Entre los tumores primitivos de la columna, el hemangioma es el más frecuente y del punto de vista radiológico es muy inte-

resante puesto que a la Radiología se debe la posibilidad de diagnóstico en vida.

Las búsquedas hechas en los museos óseos han revelado que se encuentra presente en el 11,39 % de los esqueletos examinados, según Toepfer. Junghanns le asigna el 10,7 % sobre 3.829 columnas observadas.

Características principales. — Pertenece a la clase del angioma cavernoso y si la columna constituye un sitio de predilección es por que estos tumores tienen gran preferencia por los huesos ricos en médula ósea roja. Llena generalmente una mínima parte del cuerpo vertebral y muy raramente se extiende a las apófisis.

El más grande de los angiomas descritos por Makrycostas tiene un diámetro de 20 mm. \times 15 mm. y el más pequeño mide 3 \times 2.

Forma. — La forma en general es redondeada, a veces ovalada, en pocas ocasiones presenta irregularidades y prolongamientos que siempre son cortos.

Crecimiento. — La cortical se opone a la difusión del tumor. El disco está siempre respetado. Su tamaño habitual así como su distinta ubicación en el espesor del hueso hacen que como algunas metástasis no sean visibles radiográficamente, tal como lo demostró Chasin; pero en las metástasis esto sucede temporariamente, las destrucciones que se van operando en el hueso hacen ver pronto modificaciones de la densidad que las denuncian.

En el angioma, de crecimiento lento o muy escaso, la latencia puede durar toda la vida o bien hacerse visible muy tardíamente. Lièvre examinó un enfermo 7 años después y pudo comprobar la misma imagen. Esto explica que la proporción de angiomas hallados en las autopsias y en piezas de museo sea mucho mayor que la encontrada en los exámenes radiológicos, y explica también porque en los casos clínicos descritos, la edad más frecuente sea la de 60 años o más.

Con su lento crecimiento, el hemangioma obra presionando excéntricamente sobre las láminas óseas de la vertebra invadida alejando unas de otras y determinando un grado cada vez mayor de osteoporosis. Las trabéculas disminuyen en número pero aquellas que resisten se hipertrofian y aumentan su espesor; se con-

densan tal como lo muestra la figura 1, que es la fotografía de una pieza de museo perteneciente a la colección de Schnod.

Del punto de vista anatómico patológico, esto ha sido denominado por Roux "Atrofia hipertrófica".

Si se observa detenidamente la pieza anatómica o una radiografía típica se verá claramente que el espesamiento calcáreo es más intenso en las trabéculas dispuestas verticalmente, especialmente en el cuerpo de la vértebra; cuando el angioma toma la apófisis esta disposición no es siempre verdad. Es debido a esta formación osteoblástica que raramente la vértebra se deforma y logra mantener su estructura sin ceder al peso que soporta. La fractura patológica causada por un angioma es un hecho muy raro en la literatura médica.

Se diferencia bien, la reacción osteoblástica que tiene lugar a consecuencia de este tumor, de la que podemos comprobar cuando una vértebra es asiento de un carcinoma. En el primer caso se ha operado la reacción por la necesidad de conservar la función de sostén de la vértebra; a eso se debe el espesamiento de las láminas verticales y la predominancia numérica sobre las horizontales. Es una reacción completamente distinta de la citada en segundo término, la hiperostosis no es tóxica-irritativa como la del carcinoma, ausente de regularidad y de plan. Presenta en cierta manera una función de compensación y es incitada por el debilitamiento del sistema arquitectónico normal de la vértebra; tal el concepto sostenido por Deluca en un interesante artículo sobre el hemangioma vertebral.

Síntomas clínicos. — Hemos dicho que un angioma puede quedar latente durante toda la vida. Otras veces el enfermo siente dolores que hacen buscar en los órganos vecinos la causa de este sufrimiento. Blacdsford cita dos casos personales, en los que los dolores habían sido clasificados como de origen gastro-intestinal y en las historias que recoge este mismo autor de varios casos publicados por otros, se ve que el síndrome doloroso es muy frecuente, tomando el tipo de neuralgia intercostal o de dolor localizado a las últimas vértebras o bien se confunde con un sufrimiento del tipo lumbo-ciático.

En otras oportunidades el hemangioma se acompaña de un síndrome de compresión medular, que se instala culminando un

período doloroso y a veces también sin ser precedido de dolor; el enfermo se queja de falta de fuerzas en los miembros inferiores, más tarde se manifiesta una paraparesia del tipo espástico y luego flácida; en fin hay alteraciones de la sensibilidad, trastornos esfinterianos, modificaciones del líquido céfalo-raquídeo, etc., etc.

La compresión es causada por la acción directa del cuerpo vertebral aumentado o por la extensión del angioma al espacio extrameningeo. Veces hay que el angioma del espacio extradural constituye una entidad distinta como se ha podido observar en algunos casos intervenidos.

La localización. — Las localizaciones más frecuentes son las del segmento lumbar y las del dorsal inferior. Las distintas vértebras lumbares se toman por igual; en las dorsales en cambio, la 6ª es la más frecuentemente interesada.

Más de una vértebra puede estar afectada por un angioma, se conoce un caso en el cual 9 vértebras estaban tomadas. La localización cervical es rarísima.

Puede coexistir otra localización del mismo tipo tumoral ya sea en otros huesos, o en órganos internos. Han sido señalados entre los primeros los del cráneo, los del esternón y el fémur, se encuentran también en el húmero, en la escápula, huesos de la cadera, pie, mano y costillas. En un caso de Toepfer existía al tiempo que el angioma vertebral otro de hígado.

A veces existen formaciones lipomatosas y más raramente osteomas de la columna, en el mismo sujeto.

Frecuencia, edad y sexo. — Las mujeres sufren con relativa frecuencia más que el hombre. En cuanto a la edad, por razones expuestas, el mayor número de angiomas ha sido encontrado por encima de los 60 años.

Algunos autores entre ellos Reimberg, Kolju y otros, hacen notar que el llamado angioma de esa edad no es muchas veces un verdadero tumor sino una vascularización o ectasia que fácilmente puede tomar asiento en vértebras seniles alcanzadas de osteoporosis y de un proceso general de atrofia por inactividad propia de esa edad.

Imágenes radiográficas. — Son tan características, dice Cardillo, que es imposible confundirla con otra enfermedad. Lo

que se observa está perfectamente de acuerdo con la lesión descrita en párrafos anteriores. La radiografía muestra la estructura ósea marcada con líneas gruesas irregulares, en sentido vertical. En conjunto tiene un aspecto alveolar grosero, pero nunca tan pronunciado como el que presentan entre otros, los tumores a células gigantes. Siempre los espacios están atravesados en el angioma por algunas laminillas óseas.

A causa de la presión ejercida por la cortical puede a veces deformarse levemente el contorno óseo, o puede aparecer el cuerpo vertebral más alargado, aunque nunca se diferencian de una manera bien evidente de las vértebras sanas vecinas.

Para una buena localización del tumor son necesarios a veces diferentes proyecciones y siempre buenas radiografías.

Diagnóstico diferencial. — Los diagnósticos diferenciales son escasos, algunos insisten en la diferencia con la enfermedad de Paget, pero esto solo cabe frente a hemangiomatosis generalizadas como en el caso descrito por Zdanski, pero nunca frente a hemangiomas propiamente dichos.

Las búsquedas anatómo patológicas en museos óseos han comprobado la existencia de Paget vertebrales localizados. Pero comúnmente la evolución conforma al poco tiempo el diagnóstico. Contrariamente al hemangioma la enfermedad afecta otras vértebras o se hace visible en otros huesos.

Algunas veces varias vértebras probablemente más vascularizadas y hasta con verdadera ectasia vascular, pueden presentar una disposición que recuerda en cierto modo el aspecto del trabeculado que caracteriza al hemangioma vertebral. Es un hecho normal y su extensión, el aspecto similar que presenta todo un segmento de la columna, descarta el diagnóstico de hemangioma. Ciertas metástasis, especialmente algunas dadas por el carcinoma de la próstata, pueden tomar en un primer momento un aspecto radiográfico que puede definirse como pseudo angiomaso. La clínica y especialmente el estudio evolutivo por medio de la radiografía hacen prontamente el diagnóstico. Cuando existe compresión medular el lipiodol intradural es como se comprende de una utilidad muy grande en la localización.

En las costillas, el hemangioma toma un aspecto más particular y muy similar al que da la osteítis deformante. Las carac-

terísticas radiográficas de los hemangiomas localizados en otros huesos tales como los de los miembros son un tanto distintos. En estos aparecen con un centro denso del que irradian trabéculas ligeramente onduladas conservando ese mismo aspecto durante el crecimiento.

En el cráneo tienen también estas últimas características. El perisísteo puede aparecer levantado pero continuo.

Dijimos que la diferencia entre el hemangioma y otras formaciones capaces también de tomar un aspecto groseramente alveolar como los quistes unicos o los tumores a células gigantes, consisten sobre todo en que en el angioma típico, los espacios aparecen siempre surcados por alguna lámina ósea, por lo tanto con menos espacios vacíos que los otros procesos nombrados.

Tratamiento. — El angioma puede ser tratado por medios físicos y medios quirúrgicos.

Los primeros son empleados con éxito en las más diferentes localizaciones. *Los rayos "X"* son aconsejados en todas las localizaciones y aun en aquellas vertebrales que se acompañan de compresión medular. Los resultados son en muchos casos claramente favorables, pudiendo decirse que el hemangioma óseo es sensible a los rayos "X", al igual que los de la piel de forma cavernosa. Los fracasos pueden explicarse por confusión entre los verdaderos angiomas y las pseudo angiomatosis.

En los angiomas de cráneo y de cara han sido usados con éxito agujas de radio introducidas en el mismo tumor.

Cuando el angioma no cede a los rayos "X" y se acompaña de compresión medular es preciso recurrir a la Cirugía. En general se trata de una operación grave con un 60 % de mortalidad operatoria.

Nuestro enfermo ha sido sometido a los Rayos X. No hay cambios todavía pero el tiempo transcurrido es muy escaso.

BIBLIOGRAFÍA

- CARDILLO. — I tumori della colonna vertebrale. "Radiologia e Fisica Medica. Marzo 1935. Sec. I. Fase. I. pp. 17 - 90.
- BRAILSFORD R. — Radiology of Bones and Joints. 1935.
- DE LUCA DOT. — Sul così detto repecto "caratteristico" dell'angioma vertebrale. "Annali de Radiologia e Fisica Medica". Bologna, agosto 1938, pp. 305 - 320.

Resumen

Se trata de un enfermo con dolores lumbares y a la vez irradiados al territorio de ambos ciáticos. Radiografiado mostró al nivel de la 9ª dorsal una imagen similar a las halladas en los hemangiomas. Los autores hacen consideraciones diversas sobre este tema y especialmente sobre su localización vertebral:

DISCUSIÓN

Dr. Barcia. — Yo quería llamar la atención en que en el trabajo que acaban de leer los Dres. Cassinoni y Zerboni no se hizo la punción bióptica. Este trabajo sobre "hemangiomas" es digno de todo elogio.

Yo quería llamar la atención sobre el síndrome radiológico y no merece la palabra "osteoporosis" porque esto es una cosa muy distinta.

La característica de este síndrome es que la vértebra está menos transparente y que presenta el trabeculado más visible. Hay un enrarecimiento de la trabécula más visible, pero que se conserva en toda su extensión. No da margen a la sospecha de una metástasis porque se ve bien oscura la vértebra; es un síndrome que se define por eso: aumento de la transparencia de la vértebra y visibilidad normal de las trabéculas que están separadas corrientemente. Es raro que se aplaste como en la metástasis donde pierde resistencia la vértebra y se aplasta. El Paget monosintomático es una cosa muy excepcional.