

ORIGINALES

ANGIOMA COMUNICANTE EXTRACRANEAL

F. MARTORELL

Departamento de Angiología del Instituto Policlínico Barcelona (España)

Los *angiomas craneales* pueden dividirse en: extracraneales, craneales e intracraneales. Los *angiomas extracraneales* son los angiomas cutáneos y subcutáneos corrientes. Los *angiomas craneales* son angiomas óseos desarrollados en alguno de los huesos del cráneo. Los *angiomas intracraneales* ofrecen las características propias de los tumores angiomas del sistema nervioso.

Además de estas variedades existe otro tipo llamado *Angioma comunicante* o *Sinus pericranii*, caracterizado por la existencia de un tumor extracraneal comunicante transóseamente con la circulación intracraneal, por regla general el seno venoso longitudinal superior.

El angioma comunicante es con gran frecuencia congénito y manifiesto desde el nacimiento. En otros casos se desarrolla después de un traumatismo y, finalmente, en otros, aparece espontáneamente en un niño o adulto carente de lesión angiomatosa o traumatismo previo.

Bajo el punto de vista patogénico tiende a admitirse la teoría de LANNELONGUE que admite como lesión inicial la existencia de un angioma desarrollado sobre la circulación superficial en la época embrionaria o fetal antes del estado de osificación. En este momento las circulaciones periférica y central comunican ampliamente. Las venas emisarias procedentes del angioma se dilatan de modo progresivo y condicionan ulteriormente trastornos de osificación observados principalmente sobre los parietales, cuando la pared craneana se constituye.

Anatomopatológicamente cabe distinguir en este tipo de angiomas tres partes: el tumor extracraneal, los senos venosos cerebrales de preferencia el seno longitudinal superior y las venas que siguiendo un trayecto transóseo ponen en comunicación uno y otro elemento.

El angioma extracraneal forma una bolsa simple o tabicada de situación subaponeurótica. La localización frontal media es la más frecuente, en ocasiones es occipital y rara vez lateral.

La comunicación transósea suele verificarse a través de varias venas dilatadas que penetrando en el hueso frontal ponen en comunica-

ción el tumor exocraneal con los senos venosos. En ocasiones la comunicación se establece a través de una fontanela.

La sintomatología del angioma comunicante extracraneal es típica y su diagnóstico siempre fácil. Se trata de un tumor líquido, sensible a las variaciones de la presión intracraneana como los meningoceles, de los cuales se distingue fácilmente porque, mientras estos últimos son translúcidos, el contenido sanguíneo de los primeros los vuelve opacos a la transiluminación. En último término la punción exploradora aclara el diagnóstico.

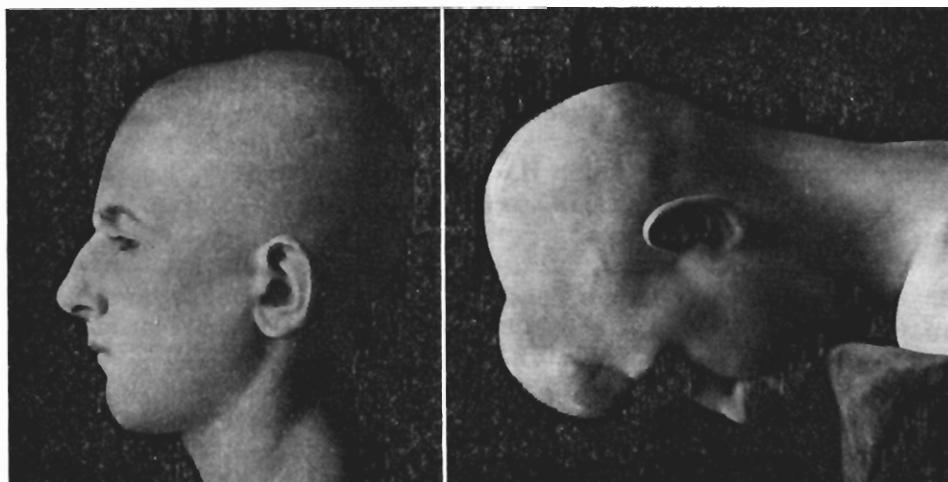


Fig. 1. — Fotografía de pie. El tumor desaparece. La palpación del hueso frontal muestra una zona rugosa acribillada en su parte media.

Fig. 2. — El enfermo está sentado en una silla bajando la cabeza. Obsérvese el considerable relieve del tumor.

El tumor es redondeado u ovalado, bilobulado o reniforme. Su volumen oscilan entre el tamaño de una almendra y el de una mandarina. La piel que lo recubre puede ser normal o presentar aspecto névico.

Su situación es típica. Aparece en la línea media desde la frente hacia el occipucio siguiendo el trayecto del seno longitudinal superior. Disminuyendo su frecuencia de delante hacia atrás. Rara vez es lateral. Los frontales son los más frecuentes y pueden extenderse desde la raíz hasta muy por debajo del cabello.

El tumor es fluctuante. La tensión de su contenido varía con la posición de la cabeza, los esfuerzos y las compresiones vasculares. En posición vertical la tumoración puede desaparecer completamente. El tumor es fácilmente reductible. Esta reductibilidad es fácil y total. Permite el

examen del esqueleto subyacente, apreciando que el tumor se apoya sobre una depresión más o menos redondeada limitada por un reborde ligeramente saliente. En otros casos, en lugar de esta depresión se observa que en lugar de la lisura ósea aparecen pequeños relieves y depresiones que convierten en irregular la superficie del hueso. La reducción del tumor provoca a veces trastornos cerebrales.

El tumor es indoloro. Muy rara vez pulsátil. Esta pulsatilidad, si existe, es más visible que palpable. Con mayor frecuencia la masa líquida se halla animada de movimientos sincrónicos con los respiratorios. No hay soplo ni «thrill». Los vasos que rodean el tumor no toman aspecto cirsoide.

La compresión circular de la piel del cráneo no modifica su tamaño ni impide su vaciamiento. La compresión de las carótidas no modifica el volumen del tumor, en cambio, éste aumenta si se comprimen las yugulares.

Los enfermos portadores de un angioma comunicante craneal no presentan ningún trastorno funcional, o bien, se quejan de cefalalгias, vértigos, trastornos auriculares, etc. En muchos casos estos trastornos sólo aparecen cuando la tumoración se reduce bruscamente.

El tratamiento puede conducirse de forma distinta según el tamaño y la edad del enfermo. En los niños muy pequeños, con tumor de escaso volumen, la radioterapia puede ser eficaz. En los adultos con grandes tumoraciones la única terapéutica es la extirpación. Esta operación sólo tiene un tiempo difícil que es el bloqueo de las venas comunicantes transóseas. En raras ocasiones puede ligarse. Con gran frecuencia hay que recurrir al taponamiento con cera. En otros casos, a la electrocoagulación y al recubrimiento con periostio vecino desprendido.

Caso demostrativo.

Enfermo de 15 años, ingresa el 19 de noviembre de 1945. Su estado general es bueno. El examen de su corazón (Dr. CORNELL) no muestra nada anormal. Sus familiares dicen que desde el nacimiento presentaba una mancha azulada en la frente que aumentaba de tamaño al llorar. Esta mancha se convirtió en una tumoración que se manifestaba solamente al bajar la cabeza.

El examen del enfermo muestra una mancha azulada angiomatosa en la piel de la región frontal media. La palpación de esta región muestra que el hueso frontal es rugoso en la zona que corresponde a la mancha cutánea. En posición vertical (fig. 1) apenas se distingue la tumoración. Si el enfermo baja la cabeza (fig. 2) se llena con bastante rapidez una gran tumoración frontal media que sobrepasa este hueso por arriba y por abajo. Tiene forma ovalada de eje mayor anteroposterior, es sub-

cutánea, lobulada, blanda y depresible. El tumor es fluctuante y su contenido reductible. No presenta pulsatilidad, expansión ni soplo. Levantando la cabeza desaparece rápidamente (fig. 1).

Se practica una arteriografía a través de la carótida observando que la substancia de contraste llega en muy pequeña cantidad a la tumora-

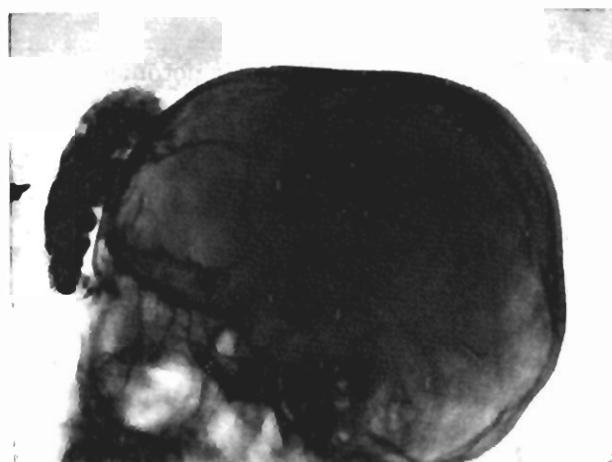


Fig. 3. — Radiografía obtenida después de inyectar 20 c.c. de substancia de contraste por punción directa del angioma.

ción. Se practica otra radiografía por punción directa del tumor. Se llena casi del todo sin que lo haga el seno longitudinal (fig. 3).

Se propone al enfermo tratamiento operatorio que rechazan sus familiares. Se trata con radium (Dr. SANCHIZ) sin resultado. De nuevo se le aconseja tratamiento operatorio. No hemos visto más a este enfermo.

S U M M A R Y

A case of extracranial communicating angiomatic tumor (sinus pericranii) is presented. The etiology, clinic and treatment of this vascular abnormality is described.

B I B L I O G R A F I A

- VARA LÓPEZ, R. y MEANA NEGRETE, V. — *S. Pericranii (con relato de 1 caso)*. «Rev. Clínica Española», 3:215; 1941.
PATARO, V. F. y FERNÁNDEZ, L. L. — *Sinus pericranii*. «Angiología», 5:157, 1953.