

Por corrección posterior a la tirada de este ejemplar, el titular de este artículo original debe figurar de la manera que sigue:

#### **HEMANGIOMA GIGANTE**

G. PINTOS DIAZ, A. PASTOR MESTRE, M. CARBAJO VICENTE, F. VARELA IRIJOA, M. MARTINEZ PEREZ y J. MAIZ BESCANSÁ

Servicio de Cirugía Vascular, Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Departamento de Anatomía Patológica. Hospital General de Galicia, Facultad de Medicina de Santiago de Compostela (España)

## **Hemangioma gigante (\*)**

F. VARELA-IRIJOA, M. MARTINEZ-PEREZ y J. MAIZ-BESCANSÁ

Servicio de Cirugía Vascular (Jefe: Dr. G. Pintos Díaz)  
y Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora  
Hospital General de Galicia, Santiago de Compostela  
(España)

Los Angiomas constituyen probablemente el tipo de tumores más frecuentes en los primeros años de la vida.

Entre el hemangioma plano simple y el angioma cirsoide o aneurisma arteriovenoso congénito, que representa el grado más avanzado de comunicación arteriovenosa disontogénica, existen varios tipos intermedios con diferentes grados de actividad hemodinámica que va a condicionar la futura evolución de estos tumores.

Malan y Puglionisi definen el hemangioma cavernoso como una de estas formas intermedias, haciéndolo sinónimo de angioma anastomótico, debido a que la presencia de capilares dilatados permiten un paso fácil de sangre del sistema arterial al venoso.

Convencionalmente, los angiomas que se presentan al nacimiento o aparecen en los primeros meses de la vida y muestran una actividad angioblástica evidente se denominan Angiomas inmaduros, cualquiera que sea su tipo morfológico. En ellos coexisten con frecuencia distintos estadios evolutivos; y así pueden encontrarse en una misma tumoración zonas en estadio celular, capilar y cavernoso.

**Caso presentado.** Niña de ocho meses de edad. Como antecedente familiar existe la presencia de angiomas planos en un primo. En el momento del nacimiento se le aprecian diferencias de pigmentación de la piel a nivel de hombro y brazo izquierdos. A partir de los quince días comienzan a observar la aparición de manchas rojas a este nivel. Paulatinamente se observa un aumento de volumen y de la extensión de las mismas; y a los dos meses la lesión comprende la región escapular, deltoides y pectoral, descendiendo por la cara anterolateral del brazo y antebrazo hasta la cara dorsal de la mano.

En el Departamento de Dermatología se hace el diagnóstico de Hemangioma tuberoso de gran extensión.

(\*) Comunicación a las XXI Jornadas Angiológicas Españolas. Córdoba, 1975.

A los ocho meses es ingresada en el Dpto. de Pediatría, con carácter de urgencia por haber padecido una hemorragia debida a una ulceración del angioma a nivel deltoideo, apreciándose que la lesión angiomatosa había crecido enormemente incluyendo la mayor parte del miembro superior izquierdo y se extendía por la región deltoidea, pectoral y escapular del mismo lado donde existen lesiones ulcerativas sobre la masa tumoral, infectadas y en algunos puntos sangrantes (fig. 1).

El estado general es bueno, con ligera palidez cutánea. La hematología proporciona datos en donde se aprecia ligera leucocitosis (12.600) y anemia (Ht.º del 25 % y Hb de 7,5 gr.).



Fig. 1. Hemangioma gigante que comprende la mayor parte del miembro superior izquierdo y regiones deltoidea, escapular y pectoral del mismo lado. Ulceras infectadas y sangrantes en algunos puntos del hemangioma.

Fig. 2. Arteriografía por cateterismo braquial retrógrado: repleción de la masa tumoral a través de pedículos arteriales dependientes del eje subclavio-áxilo-humeral.

El examen bacteriológico del exudado muestra un crecimiento de gérmenes que se identifican como «*Proteus mirabilis*».

El estudio cardiológico descubre un estado circulatorio hiperquinético y la presencia de un soplo sistólico en toda el área cardíaca.

No se aprecian soplos ni «thrill». No existe hiperoscilometría del antebrazo ni signos de isquemia.

En las radiografías simples comparativas se demuestra discreta osteohipertrofia del miembro afecto.

Practicada una arteriografía por cateterismo braquial retrógrado, se comprueba la repleción de la masa tumoral a través de pedículos arteriales dependientes del eje subclavio-áxilo-humeral (fig. 2).

Se indica como tratamiento de elección la intervención quirúrgica tras consultas previas con los Servicios de Dermatología y Radioterapia, dadas las características de tamaño y crecimiento, además de las complicaciones infecciosas y hemorrágicas.



Fig. 3.

Fig. 3. Intervención. Ligados los pedículos vasculares y comprobado que la tumoración no afecta a planos musculares, se reseca dicha tumoración (40 x 15 cm.).



Fig. 4.

Fig. 4. Resultado al año de la extirpación. Quedan pequeñas áreas de angioma capilar en dorso de la mano y dedos. Permanece en observación.

En la intervención se comienza por practicar la desaferentización del angioma ligando los pedículos vasculares y procediendo a la extirpación global de la tumoración angiomatosa, tras comprobar que no se afectaba planos musculares que obligase a una mayor demolición, obteniéndose un plano cruento de gran extensión que abarcaba las regiones invadidas por el tumor (fig. 3).

La pieza extirpada es de gran volumen y extensión (superior a 40 x 15 cm) y macroscópicamente corresponde a un hemangioma mixto predominantemente

cavernoso y capilar de forma tuberosa, con las ulceraciones descritas sobre las zonas de mayor proliferación.

El informe histopatológico de la pieza extirpada es el siguiente: Neoformación de naturaleza mesenquimal caracterizada por una activísima proliferación de vasos y capilares sanguíneos, muchos de los cuales aparecen dilatados por sangre. Además se aprecian vasos en vías de formación que se presentan como yemas y mamelones sólidos. Entre los vasos se encuentra a modo de estromas un tejido reticular de alta densidad celular. Se hace el diagnóstico de Hemangioma Hipertrófico Cavernoso.

A continuación de la extirpación del Angioma el equipo de Cirugía Plástica se hizo cargo del recubrimiento de las zonas expuestas, mediante homoinjertos procedentes del banco de piel homóloga dependiente del Servicio, practicando esta técnica en evitación de un mayor trauma quirúrgico y pérdida hemática, posponiendo para un segundo tiempo la colocación de autoinjertos cutáneos definitivos.

La evolución postoperatoria fue excelente, practicándose a los 25 días la implantación de estos autoinjertos que a los dos meses se completó, con objeto de obtener una máxima recuperación funcional, con z-plastias y pequeños injertos complementarios.

La paciente fue tratada aimimo por el Servicio de Rehabilitación obteniéndose una buena funcionalidad del miembro afecto.

El resultado al cabo de un año es excelente, tanto estético como funcional, no observándose signo alguno de recidiva y presentando solamente pequeñas áreas de angioma capilar en dorso de mano y dedos que dada la edad de la niña aconsejan por el momento una actitud expectante (fig. 4).

### Comentarios y conclusiones

El caso que presentamos puede encajarse dentro de la clasificación de **Malan** y **Puglionisi** como un hemangioma inmaduro de tipo mixto cavernoso-capilar de gigantescas proporciones. En él se encuentran datos de gran actividad angioblástica con zonas de predominio celular correspondientes a un estadio evolutivo incipiente.

Por otra parte en una gran extensión corresponde a la forma capilar y al estadio cavernoso con la repercusión hemodinámica arteriovenosa a través de los capilares dilatados, característica del angioma anastomótico.

El tratamiento de estos angiomas inmaduros constituye un tema de controversia. **Malan** y colaboradores consideran que los pequeños hemangiomas deben ser tratados con crioterapia y corticoterapia asociada a la esclerosis. No obstante en los de gran extensión y rápido crecimiento incluyen la asociación de varios tratamientos, entre ellos el quirúrgico; aunque prefieren, en general, posponer éste último hasta la edad de 4 o 5 años, cuando requiere la implantación de grandes injertos cutáneos.

En nuestra paciente fueron consideradas las actitudes terapéuticas de radioterapia previa y remoción quirúrgica. Se adoptó esta última dadas las caracte-

rísticas morfológicas, complicaciones presentadas y evolución rápida de la tumoración, a pesar de la corta edad de la paciente.

Un factor de gran importancia para la decisión terapéutica fue asimismo el estudio angiográfico, que demostró la dependencia de la masa angiomatosa de vasos arteriales aferentes perfectamente identificables. Por otra parte, la ausencia de infiltración de los tejidos profundos, muscular y óseo, comprobado en el curso de la intervención, fue decisivo en el favorable resultado obtenido.

#### RESUMEN

Se presenta un caso de hemangioma inmaduro de enormes dimensiones, que afectaba las regiones escápulo-delto-pectoral y la mayor parte del miembro superior izquierdo. Se le practicó extirpación completa y reconstrucción cutánea, consiguiéndose excelente resultado.

#### SUMMARY

A case of gigantic hemangioma of the shoulder and upper arm is presented, cured by extirpation and cutaneous plastia.