

# CONSIDERACIONES SOBRE EL HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LOCALIZACION GLUTEA

NORBERTO HERNANDEZ GONZALEZ,\* RICARDO M. PORTA AZNAREZ\*\* y FERNANDO GONZALEZ HERMOSO\*\*\*

**Departamento de Cirugía del Hospital General y Clínico de Tenerife, Canarias (España)**

## Introducción

La descripción de lesiones angiodisplásicas que afecten la cabeza, tronco y extremidades, en sí mismas, es frecuente en la literatura; pero son pocos los casos publicados que asienten en zonas proximales de las extremidades; y en concreto, en el territorio de la arteria hipogástrica (1-5).

Dentro de esta localización, la presentación más frecuente es como angiomas que afectan la región glútea, cuya clínica varía según la extensión y asociación con fístulas arterio-venosas.

En determinadas circunstancias debe hacerse el diagnóstico diferencial con otros procesos que pueden presentarse en la región glútea, tales como: abscesos, tumores musculares, infecciones difusas del tejido celular subcutáneo y hematomas; que pueden encubrir o soslayar la existencia de una angiodisplasia.

Por ello, la historia clínica detallada y el examen físico minucioso son primordiales ante esta localización de angiodisplasia que puede, por su escasa frecuencia de presentación e insidiosa evolución, pasar desapercibida.

A continuación se presenta un caso clínico que ilustra el problema, discutiendo su metodología diagnóstica y manejo terapéutico.

## Caso clínico

Se trata de un paciente de 16 años de edad que ingresa por presentar un bultoma en región glútea izquierda, cuyo crecimiento se ha hecho notar en el transcurso de un año.

La inspección de esta zona descubrió una mancha roja vinosa plana (angioma cutáneo) (fig. 1).

A la exploración presentaba una tumoración blanda, esponjosa, que se deprimía para posteriormente expandirse al retirar la compresión manual.

---

\* (Profesor titular de Cirugía)

\*\* (Profesor titular interino de Cirugía)

\*\*\* (Catedrático de Cirugía)

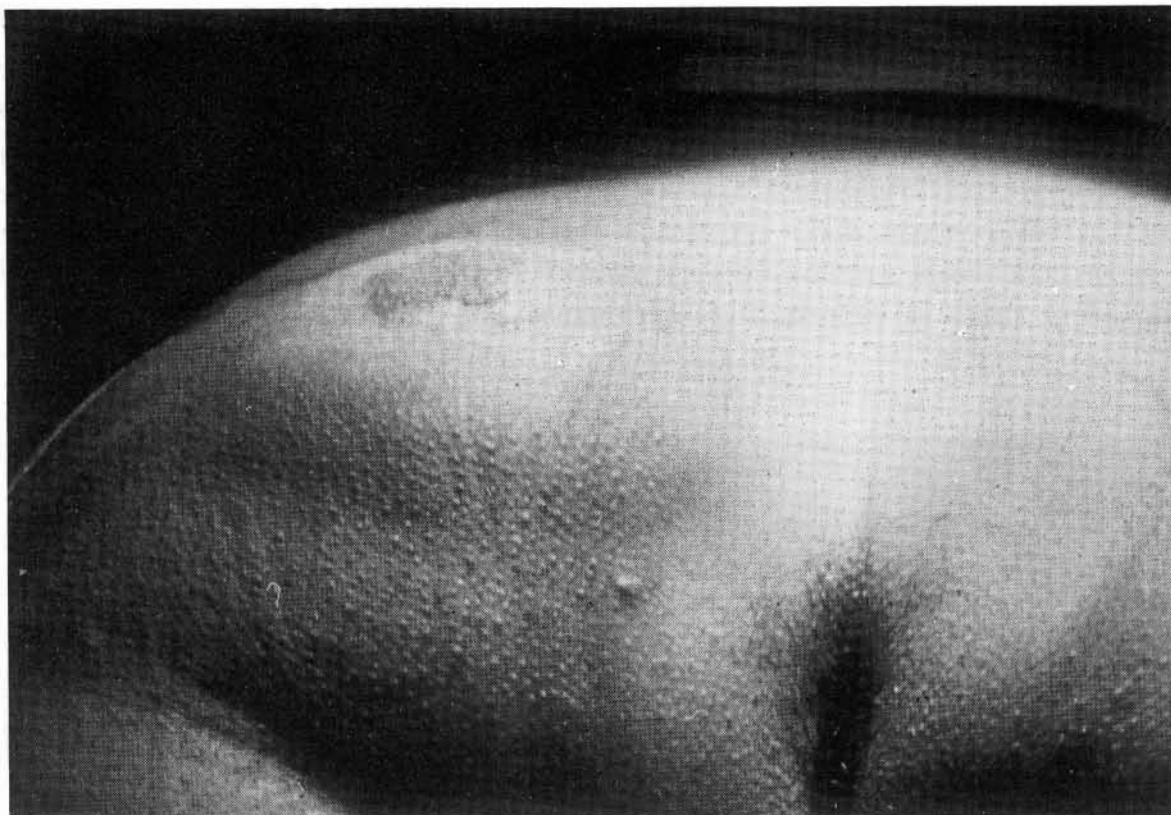


FIG. 1.-Angioma cutáneo en nalga izquierda.

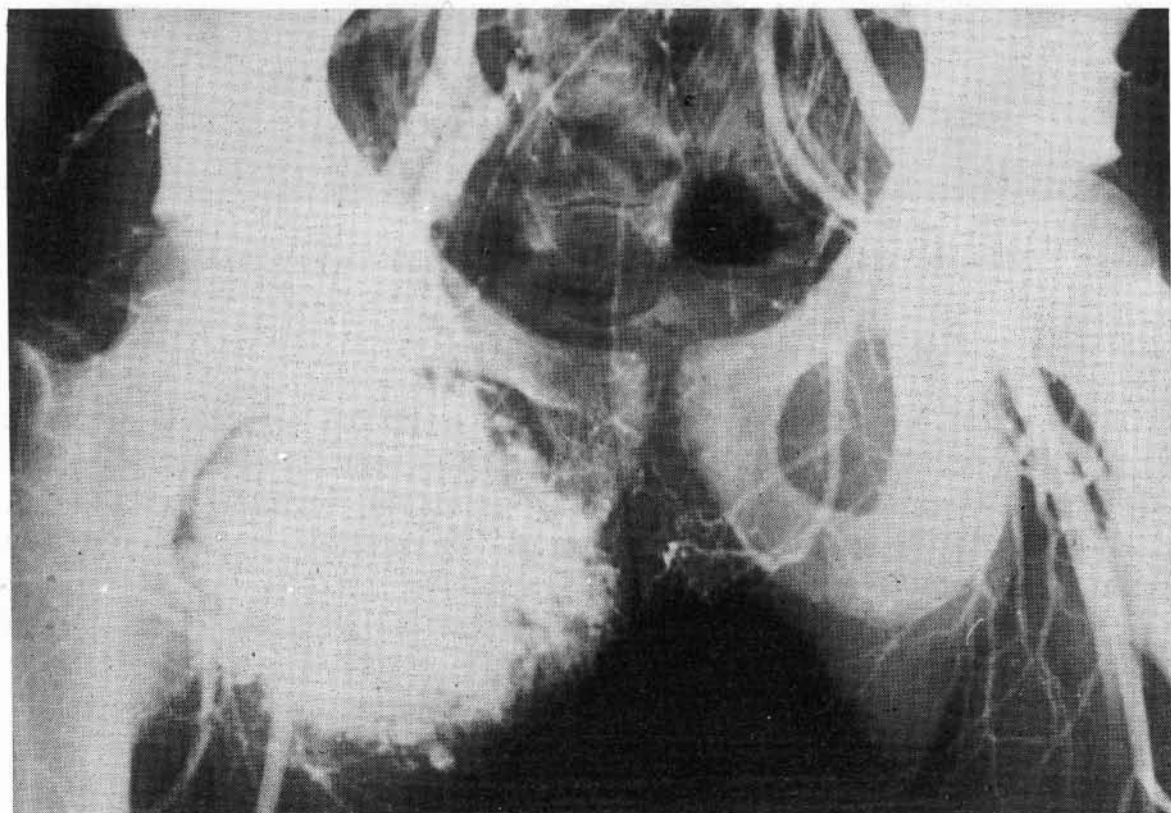


FIG. 2.-Arteriografía femoral mostrando la vascularización del hemangioma cavernoso ocupando la nalga izquierda.

A la auscultación no presentaba soplos.

Se practicó una arteriografía en la que se observa una importante red vascular en el territorio de la arteria ilíaca interna, fundamentalmente, a expensas de la arteria glútea superior. No se aprecia la existencia de fístulas arterio-venosas (fig. 2).

Se interviene quirúrgicamente, colocando al paciente en decúbito supino, pasando a exponer la bifurcación ilíaca izquierda mediante abordaje extraperitoneal, encontrando la arteria ilíaca interna con un calibre doble del de la ilíaca externa (fig. 3). Se procedió a ligar la arteria hipogástrica y sus primeras ramas.

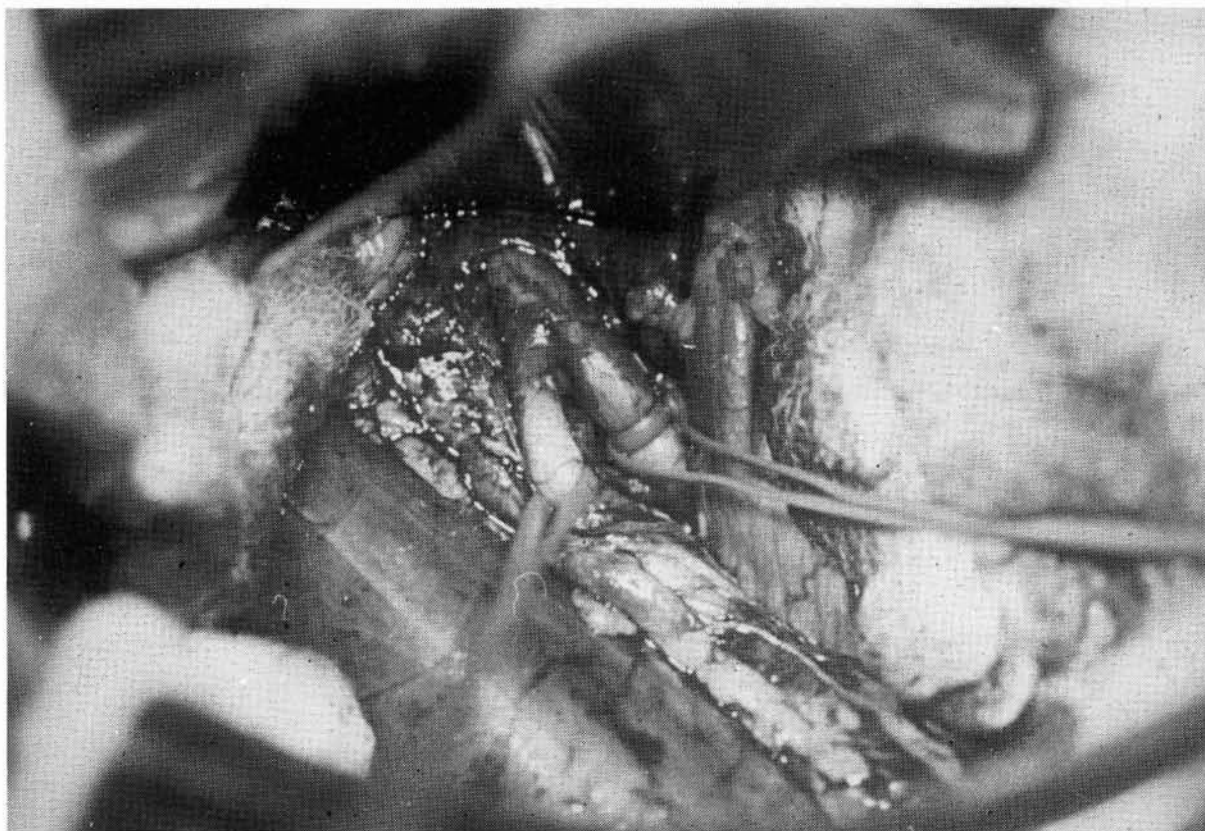


FIG. 3.-Marcado desarrollo de la arteria hipogástrica izquierda en comparación con la arteria ilíaca externa.

A continuación, una vez cerrada la incisión anterior, se colocó al paciente en decúbito prono, procediendo a la resección de la tumoración con amplios márgenes de seguridad (aproximadamente unos cinco centímetros), llegando hasta la escotadura ciática mayor, donde se localizó la arteria glútea superior, procediendo a su ligadura encima del músculo piramidal.

Se dejó un drenaje de redón, que se retiró a las 24 horas, transcurriendo el postoperatorio sin complicaciones.

El diagnóstico anatomopatológico fue de Hemangioma Cavernoso.

El paciente ha sido controlado ambulatoriamente, y a los cinco años de la intervención se encuentra asintomático y no hay evidencia de recidiva.



## Discusión

El primer hecho conflictivo que presentan las angiodisplasias que asientan en la nalga es su diagnóstico. Con frecuencia pueden confundirse con otras patologías que asientan en esta región anatómica; tales como: abscesos, hematomas, celulitis y tumores de otra estirpe orgánica. El diagnóstico de presunción vendrá dado por la historia clínica cuidadosa, con especial atención al tiempo de evolución y síntomas presentados: dolor; crecimiento; lesiones cutáneas y manifestaciones generales, como: macrosomía, varicosidades y pulsatilidad, derivadas de potenciales fístulas arteriovenosas. El minucioso examen físico de la zona en búsqueda de frémito, pulsatilidad, soplos y expansión tras la compresión, confirmará la sospecha clínica.

Los métodos de exploración vascular funcional mediante doppler y pletismografía ayudan a confirmar el diagnóstico evidenciando resistencias elevadas y aumento de flujo en la zona (6).

El diagnóstico debe completarse con una arteriografía a fin de evaluar correctamente la estrategia quirúrgica a seguir.

El tratamiento ha estado sometido a controversia, acabando por admitirse como más correcto la resección amplia, en bloque, de la angiodisplasia previa ligadura de la arteria principal aferente, seguida de la reconstrucción plástica del defecto anatómico originado (5). Estas tres frases pueden realizarse en una misma sesión operatoria.

En nuestro caso comenzamos por la ligadura de la arteria hipogástrica ipsilateral en su origen, así como de sus primeras ramas, por vía anterior extraperitoneal; la cual mostraba un enorme desarrollo con un calibre doble del de la arteria ilíaca externa (fig. 3). Posteriormente y tras colocar al paciente en decúbito prono, se procedió a la exéresis quirúrgica de la angiodisplasia, con un margen de seguridad de unos 5 centímetros, hasta alcanzar en profundidad la escotadura ciática superior. En esta fase es de vital importancia realizar una hemostasia cuidadosa en todos los puntos sangrantes, para evitar el desarrollo de posibles fístulas arterio-venosas. A continuación se procedió al cierre del defecto quirúrgico mediante una plastia por deslizamiento.

Como técnica alternativa cabe, en la actualidad, la embolización de la arteria hipogástrica, mediante cateterización de la misma, empleando como material embolígeno microesferas de plástico, gel-foam, u otro material heterólogo (7-10). Este paso puede admitirse como previo a la resección quirúrgica, pero no como substitutivo de la misma, dado que los resultados a largo plazo muestran mayor facilidad de recidiva, por irrigación desde circulación colateral, que en el caso de completar los pasos de tratamiento quirúrgico descritos (7-10).

En el caso que nos ocupa, a los 5 años de la resección no ha existido recidiva, manteniendo el paciente una excelente capacidad funcional orgánica. Por ello, creemos es el método de tratamiento ideal para las angiodisplasias en esta localización.

## RESUMEN

Se presenta un caso de Hemangioma Cavernoso de localización glútea. Se revisa la literatura existente y se discuten los métodos diagnósticos. Se exponen las consideraciones actuales sobre las estrategias terapéuticas, concluyendo con la recomendación de una adecuada técnica quirúrgica en base a sus buenos resultados.

## SUMMARY

Owing to a case of gluteal cavernous hemangioma presentation, concerning literature is reviewed, and diagnosis methods are discussed, at the same time that actual therapeutical strategies are exposed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ROGERS, L.: Perineal cirroid aneurysm. «Brit. J. Surg.», 42: 471, 1955.
2. SMITH, W. G.; BEAHRS, O. H. y MCDONALD, J. R.: Congenital arteriovenous fistula involving both ischioanal fosse: report of a case. «Annals of Surg.», 145: 115, 1957.
3. MARTORELL, F.: Fistula arteriovenosa congénita de la fosa isquioanal. «Angiología», 16: 318, 1964.
4. MORTENSEN, J. D. y ELLSWORTH, H. S.: Internal iliac arteriovenous fistula developing post partum. «Amer. J. Card.», 16: 292, 1965.
5. MALAN, E.: «Vascular malformations (Angiodysplasias)». Ed.: E. Malan. Carlo Erba Foundation. The Medical Summit. Milan, 199-213, 1974.
6. FRANCESCHI, C.: ««L'Investigation Vasculaire par Ultrasonographie Doppler»». Ed.: C. Franceschi. Masson, Paris. 2ª Ed. 1979.
7. JOYCE, P. F.; SUNDARAM, M.; RIAZ, M. A. et al.: Embolization of extensive peripheral angiodysplasias. «Arch. Surg.», 115: 665, 1980.
8. KELLER, F. S.; ROSCH, J.; BAUER, G. M. et al.: Percutaneous angiographic embolization: A procedure of increasing usefulness. «Am. J. Surg.», 142: 5, 1981.
9. PALMAZ, J. C.; NEWTON, T. H.; REUTER, S. R. y BOOKSTEIN, J. J.: Particulate intraarterial embolization in pelvic arteriovenous malformations. «Am. J. Roentgenol.», 137: 117, 1981.
10. GREENFIELD, A. J.: Transcatheter vessel occlusion: Selection of methods and materials. En: «Therapeutic Angiography». Ed.: C. A. Athanasoulis. Springer- Verlag, Berlin, 26-32, 1981.