

situaciones clínicas

Hemangioma vertebral como hallazgo casual en paciente con lumbalgia

M. Repiso Moreno^a y M.J. Elizondo Pernaut^b

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

^bDiplomada en Enfermería. Hospital de Navarra. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

El hemangioma vertebral es una displasia vascular generalmente benigna, cuya incidencia en la población general es elevada. Suelen cursar de forma asintomática, y en la actualidad se diagnostican con mayor frecuencia, generalmente de forma accidental, al realizar pruebas de imagen.

Por ello, aunque el hemangioma suele ser benigno y silente, cada vez es más frecuente que en la consulta de Atención Primaria haya pacientes que soliciten información sobre la naturaleza de este proceso y sus posibles complicaciones.

CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de 73 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que consulta por presentar desde hace tres meses dolor en región lumbar, que mejora de forma parcial con analgésicos. El dolor es de características mecánicas y no le despierta por la noche. No presenta irradiaciones y no refiere dolor ni parestesias en extremidades inferiores. El paciente se encuentra afebril y no refiere antecedente traumático. No hay signos inflamatorios articulares ni dolor en otras localizaciones.

En la exploración física la presión arterial es 145/85 mmHg y el peso es de 75 kg.

La auscultación cardíaca es rítmica y en la auscultación pulmonar se oyen *roncus* difusos y alguna sibilancia inspiratoria. La exploración abdominal es anodina, la puñopercusión renal y espinopercusión son negativas y no se aprecia focalidad neurológica.

Al realizar movimientos de flexoextensión y lateralización de la columna refiere dolor en región lumbar baja y los signos de Lassegue y Bragard son negativos.

Exploraciones complementarias

En la analítica de sangre destacan una hemoglobina de 16,6 g/dl, leucocitos 8200 (con fórmula normal) y 342.000 plaquetas. La velocidad de sedimentación globular (VSG) es de 23 y la bioquímica es normal a excepción de una glucosa de 214 mg/dl.

El factor reumatoide y los anticuerpos antiestreptolisina son negativos, al igual que los anticuerpos antinucleares. El sedimento urinario no es patológico y la prueba de Mantoux negativa.

La radiografía (Rx) de tórax muestra signos de EPOC y en la Rx de columna lumbosacra aparecen osteofitos múltiples y pinzamiento de los espacios articulares L3-L4 y L5-S1.

Se realizó una resonancia magnética (RM) de columna lumbosacra en la que se aprecian cambios degenerativos óseos generalizados y discretas protrusiones anulares L3-L4, L4-L5, L5 y S1 sin estenosis del canal. Asimismo se aprecia en el cuerpo de L1 la presencia de un hemangioma (fig. 1).



Figura 1. Resonancia magnética de columna lumbosacra que muestra una imagen de hemangioma en cuerpo de L1.

Correspondencia:
Manuel Repiso Moreno.
Avda. Eulza, n.º 77-1º D.
31010 Barañáin. Navarra.

Recibido el 16-1-2002; aceptado para su publicación el 21-11-2002.

El dolor lumbar es atribuido a procesos degenerativos de la columna lumbosacra y mejoró con analgésicos y antiinflamatorios. Se informó al paciente de la naturaleza benigna del hemangioma vertebral, de su curso asintomático en el momento actual y que no requería ningún tratamiento dado que no produce dolor ni compresión medular.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas vertebrales son tumores óseos de origen vascular de naturaleza generalmente benigna. Con la generalización de las técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada (TAC) o la RM es frecuente diagnosticarlos de forma accidental¹.

Basándose en series de autopsias y en técnicas de imagen su incidencia se estima en torno al 11%².

Aparecen en la edad adulta y con un discreto predominio en el sexo femenino.

El 75% de los hemangiomas óseos se localizan en la columna vertebral y en el cráneo, siendo bastante raros en los huesos largos y cortos. Dentro de la columna vertebral predominan en la región dorsal (60%) y lumbar y la localización más frecuente es en el cuerpo de la vértebra, aunque también pueden aparecer en el arco posterior.

En el 73% de los casos son solitarios, pero pueden ser múltiples. En la mayoría de los casos son lesiones bien delimitadas cuyo tamaño es de aproximadamente 1 cm.

El hemangioma vertebral está formado por vasos sanguíneos, existiendo dos tipos: cavernoso y capilar, siendo el primero el más frecuente³.

Generalmente son asintomáticos constituyendo un hallazgo radiológico y se estima que sólo en el 1%-7% de los casos producen sintomatología, correspondiendo a tumores voluminosos o muy difusos, que afectan a gran parte del cuerpo de la vértebra.

El síntoma más frecuente es el dolor (dorsalgia, lumbalgia, etc.), aunque si éste es el único síntoma hay que descartar otras etiologías (procesos degenerativos, hernias discales, espondilodiscitis, etc.).

Los síntomas neurológicos son menos frecuentes. Suelen deberse a un comportamiento más agresivo del tumor que se va extendiendo hacia los espacios paravertebrales o el canal medular y da lugar a radiculopatías o incluso paraplejias. Otros mecanismos de lesión neurológica son por: isquemia medular, drenaje vascular anómalo o hematoma epidural. En ocasiones se puede producir una fractura patológica de la vértebra con colapso del hueso que ocasiona la compresión medular.

En los casos de evolución agresiva el síntoma inicial suele ser dolor y hay un intervalo de unos tres años hasta la aparición de clínica neurológica.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen.

En la radiología simple de columna aparece un aumento de densidad de las trabéculas óseas dando una imagen "en empalizada" o "en panal de abeja".

En la TAC se aprecia una imagen de patrón moteado.

La RM muestra en T1 imágenes de intensidad ligeramente superior a la del músculo y en T2 imágenes de alta intensidad⁴.

La arteriografía vertebral también tiene utilidad en el diagnóstico del tumor, aunque desde la generalización del uso de la RM va quedando relegada.

En la Rx simple y en la TAC hay 6 criterios de agresividad radiológicos: extensión a todo el cuerpo vertebral, localización dorsal central, extensión hacia el pedículo y arco posterior, expansión hacia la corteza y con márgenes mal definidos, aumento de tamaño del cuerpo y masa de tejido blando. Si se cumplen menos de 4 criterios la actitud a adoptar es el seguimiento clínico y radiológico⁵.

Tratamiento

En la mayoría de los casos estos tumores cursan de forma asintomática, por lo que únicamente requieren seguimiento.

En aquellos casos que produzcan dolor o síntomas neurológicos se emplea la cirugía, radioterapia, embolización o una combinación de ellos.

Cuando el único síntoma es el dolor el tratamiento inicial suelen ser los analgésicos, y la radioterapia. En el caso de que haya síntomas neurológicos la cirugía es la técnica más utilizada, bien sola o precedida de embolización preoperatoria, técnica que mediante la cateterización de arterias intercostales o lumbares permite embolizar con partículas la vascularización patológica del cuerpo vertebral consiguiendo así una reducción del tamaño del tumor y un menor sangrado quirúrgico.

Si hay deterioro neurológico rápido hay que realizar una descompresión quirúrgica. Si se afectan únicamente los elementos vertebrales posteriores suele ser suficiente una laminectomía, pero si se afecta sólo el cuerpo de la vértebra hay que realizar una escisión vertebral total⁶.

Bibliografía

1. Frieman D. Symptomatic vertebral hemangiomas: MR findings. AJR 1996;167:359-64.
2. Pastushyn A, Slin'ko E, Mirzoyeva G. Vertebral hemangiomas: diagnosis, management, natural history and clinicopathological correlates in 86 patients. Surg Neurol 1998;50:535-47.
3. Fernández L. Tumores óseos. En: Durán H, Arcelus I, García-Sancho L, González F, Alvarez J, Fernández L, Méndez J, editores. Tratado de patología y clínica quirúrgicas. 1^a ed. Madrid: Interamericana; 1987. p. 3098-9.
4. Sakata K, Hareyama M, Oouchi A, Sido M, Nagakura H, Tamakawa M, et al. Radiotherapy of vertebral hemangiomas. Acta Oncol 1997; 36:719-24.
5. Guelbenzu S, Gómez J, García-Asensio S, Barrena R, Ferrández D. Vertebroplastia percutánea preoperatoria en el hemangioma compresivo. Rev Neurol 1999;28:397-400.
6. Fernández L, Moreno A, Clemente J, Llácer C, Andreu J. Hemangiomas vertebrales. Historia natural, diagnóstico y tratamiento. Papel de la radioterapia. Rev Oncología 2001;3:151-3.