

HEMANGIOMA VERTEBRAL

G. ALONSO, R. REYES GARCÍA, D. FERNÁNDEZ GARCÍA
Y M. MUÑOZ TORRES

SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO.
GRANADA. ESPAÑA

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 57 años remitida para valoración y tratamiento de osteoporosis posmenopáusica. No tenía antecedentes de fracturas por fragilidad. Presentó menopausia natural a los 52 años y entre los antecedentes de interés contaba con hipertensión arterial esencial, hipotiroidismo subclínico e hipercolesterolemia en tratamiento con indapamida, levotiroxina y atorvastatina respectivamente. Clínicamente refería un dolor dorsolumbar crónico moderado tratado ocasionalmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). La exploración física era normal, incluyendo el examen neurológico. El estudio con densitometría de doble energía de rayos X (DXA) era compatible con el diagnóstico de osteoporosis, con *t-score* L2-L4 $-3,8$ desviación estándar (DE), cuello femoral $-1,8$ DE y fémur total $-1,5$ DE. Las radiografías de columna dorsal y lumbar mostraron una escoliosis moderada, signos de espondiloartrosis y el hallazgo a nivel del cuerpo vertebral T12 de una marcada osteopenia, pérdida de la trabeculación horizontal y engrosamiento irregular de las trabéculas verticales, sin deformidad o aplastamiento del cuerpo vertebral ni compromiso de los pedículos (figs. 1 y 2). La resonancia magnética (RM) de columna evidenció una lesión con señal hiperintensa en el cuerpo vertebral T12 en las secuencias T2 (fig. 3). Las características descritas permitieron asumir el diagnóstico de hemangioma vertebral asintomático.

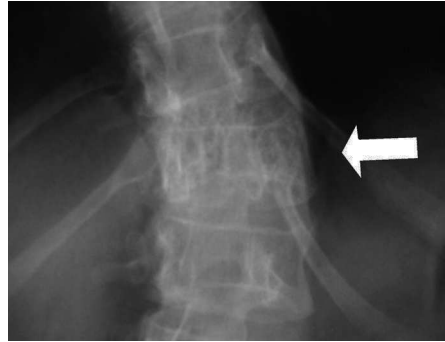


Fig. 1. Radiografía en proyección antero-posterior.

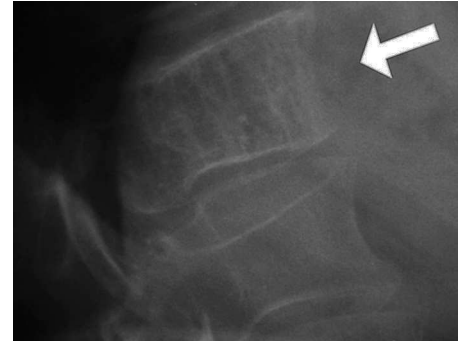


Fig. 2. Radiografía en proyección lateral.

COMENTARIO

Los hemangiomas pueden ser definidos como anomalías del desarrollo (hamartomas) del tejido vascular, típicamente de carácter benigno. Pueden incluir también tejido adiposo, músculo liso, hemosiderina y trombos, pudiendo localizarse en periostio, cortical o dentro del canal medular. Los hemangiomas óseos son descubiertos habitualmente de forma casual en pacientes asintomáticos. Las localizaciones más frecuentes en estos casos son la calota craneal y las vértebras, y en menor medida los huesos largos (tibia, fémur y húmero). Los hemangiomas pueden ser clasificados desde el punto de vista histológico en 4 variedades: capilar, cavernoso, arteriovenoso y venoso. Las lesiones localizadas en el hueso suelen ser de tipo capilar¹. Virchow, en 1867, fue el primero en describir un hemangioma vertebral y Perman detalló las características radiológicas en 1926. Los hemangiomas vertebrales son un hallazgo relativamente común, presentes hasta en un 10-12% según datos de estudios *postmortem* y pruebas de imagen de columna, constituyendo el 28% de todos los hemangiomas esqueléticos. La localización más habitual es el sector inferior de la columna dorsal, y en la mayoría de los casos son asintomáticos. Son usual-

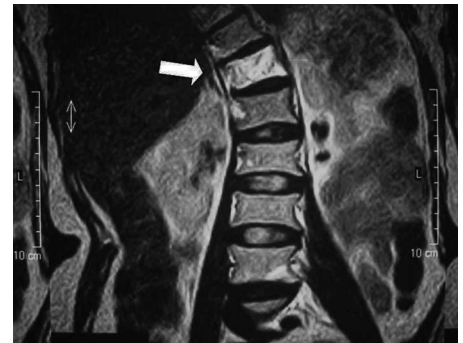


Fig. 3. Resonancia magnética nuclear; secuencia T2.

mente detectados en la quinta o sexta décadas de la vida con una incidencia mayor en mujeres (2:1). Estas lesiones pueden comprometer parte o la totalidad del cuerpo vertebral y son múltiples en un tercio de los casos².

En la radiología convencional los signos orientadores son la presencia de trabéculas irregularmente engrosadas con un patrón vertical y una marcada disminución de las trabéculas horizontales, que en conjunto ofrecen un aspecto clásicamente descrito como «estriaciones en celda de cárcel» (*jailhouse*) o en «panal de abejas» (*honeycomb*). En la tomografía axial computarizada (TAC), las trabéculas engrosadas son observadas en las secciones transversales como pequeñas áreas de puntos escleróticos, también conocido como aspecto en

Correspondencia: G. Alonso
Avda. Pulianas, 55, 2B.
18013 Granada. España
Correo electrónico: galonso2@yahoo.com.ar

«dibujo de puntos» (*polka-dot*) o «puntas de hueso» (*spikes of bone*). Las imágenes de RM muestran aspectos diferentes dependiendo del contenido adiposo de la lesión en las secuencias T1. En las secuencias T2 usualmente se observan áreas de elevada intensidad de señal correspondientes a la proliferación de elementos vasculares³.

Aunque estas características son típicas, no son patognomónicas, y entre los diagnósticos diferenciales se incluyen metástasis, mieloma múltiple, linfoma, enfermedad de Paget y discrasias hematológicas⁴. En raras ocasiones los hemangiomas vertebrales pueden originar síntomas neurológicos secundarios a compresión de la médula espinal y/o raíces de los nervios espinales. Existen en la literatura casos de compromiso neurológico secundario a hemangiomas vertebrales durante la gestación⁵. Al menos 4 mecanismos fisiopatológicos han sido propuestos: hipertrofia y/o desplazamiento de la cortical poste-

rior del cuerpo vertebral, extensión del hemangioma hacia el espacio epidural, hemorragia en el espacio epidural y fractura de la vértebra comprometida. En la evaluación radiológica de los hemangiomas vertebrales Laredo et al describen 6 criterios sugestivos de lesiones potencialmente compresivas frente a asintomáticas: localización torácica (T3-T9), compromiso de todo el cuerpo vertebral, afectación de los pedículos, apariencia irregular en «panal de abejas», cortical pobremente definida y edema de tejidos blandos⁶. En estos casos el tratamiento debe ser individualizado e incluye alivio del dolor, radioterapia, embolización vascular, infiltración con etanol o cirugía con procedimientos tales como laminectomía descompresiva, vertebroplastia o fusión vertebral. Aunque es infrecuente, los hemangiomas pueden recurrir, y el seguimiento prolongado de los pacientes intervenidos es mandatorio⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Murphey MD, Fairbairn KJ, Parman LM, Baxter KG, Parsa MB, Smith WS. From the archives of the AFIP. Musculoskeletal angiomatous lesions: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1995;15:893-917.
2. Goyal A, Singh AK, Gupta V, Tatke M. Spinal epidural haemangioma: a case report and review of literature. *Spinal Cord*. 2002;40:200-2.
3. Fox WM, Onofrio BM. The natural history and management of symptomatic and asymptomatic vertebral hemangiomas. *J Neurosurg*. 1993;78:36-45.
4. Laguna R, Silva F, Vázquez-Sellés J, Orduña E, Flores C. Vertebral hemangioma mimicking a metastatic bone lesion in well-differentiated thyroid carcinoma. *Clin Nucl Med*. 2000;25:611-3.
5. Yuksel M, Yuksel KZ, Tuncel D, Zencirci B, Bakaris S. Symptomatic vertebral hemangioma related to pregnancy. *Emerg Radiol*. 2007;13:259-63.
6. Laredo JD, Reizine D, Bard M, Merland JJ. Vertebral hemangiomas: radiologic evaluation. *Radiology*. 1986;161:183-9.
7. Dickerman RD, Bennett MT. Acute spinal cord compression caused by vertebral hemangioma. *Spine J*. 2005;5:582-4.