



caso
CLÍNICO

Hemangioma cavernoso. A PROPÓSITO DE UN CASO

Téllez Barragán MC., Díaz Palomo F., Martín Sanjuán C.,
Temprano Maroto M. D., García Vicent G. Hemangioma cavernoso. A propósito de un caso. *Cient. Dent.* 2012; 9; 2: 00-00.



**Téllez Barragán, María
Claudia**

Odontostomatóloga. Zona Oeste. Servicio Madrileño de Salud (Sermas).

Díaz Palomo, Felicidad
Higienista Dental. Zona Oeste. Sermas.

Martín Sanjuán, Carmen
Odontostomatóloga. Zona Centro. Sermas.

Temprano Maroto, María Dolores
Odontostomatóloga. Zona Norte. Sermas.

García Vicent, Germán
Odontostomatólogo. Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

María Claudia Téllez Barragán
C.S. Dr. Luengo Rodríguez
C/ Nueva York, 16
28938 Móstoles (Madrid)
ma.claudia@terra.es

Fecha de recepción: 16 de enero de 2012.
Fecha de aceptación para su publicación:
25 de abril de 2012.

RESUMEN

Entre las anomalías vasculares se diferencian dos grandes grupos: Los tumores vasculares (hemangiomas) y las malformaciones vasculares (arteriovenosas, capilares y linfáticas). Generalmente se manifiestan en la cabeza y el cuello (80%). Razón por la que deben ser lesiones ampliamente conocidas en la práctica odontostomatológica.

La causa de las malformaciones arteriovenosas es desconocida, sin embargo estudios han revelado que pueden desarrollarse en el embarazo o poco después del nacimiento. Su aspecto clínico depende de la profundidad en la que se manifieste la lesión. Cuando se presenta de forma superficial su diagnóstico es sencillo, en la mayoría de los casos. Sin embargo en ocasiones, cuando se encuentra en planos profundos, y externamente están recubiertos por piel normal, se hacen necesarios exámenes complementarios para obtener un diagnóstico por imagen.

Los hemangiomas óseos mandibulares son tumores benignos pero peligrosos por el riesgo de ocasionar hemorragias profusas y shock hipovolémico tras la extracción dental.

Presentamos un caso clínico de hemangioma cavernoso en un hombre de 61 años de edad que acudió a la consulta de Odontología de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, con el fin de realizarse varias exodoncias.

PALABRAS CLAVE

Anomalías vasculares; Hemangioma cavernoso mandibular; Extracción dental.

cavernous Haemangioma. A case report

ABSTRACT

Among the vascular anomalies two large groups are differentiated: Vascular tumours (haemangiomas) and the Vascular Malformations (arteriovenous, capillaries, lymphatic), generally presenting in the head and neck (80%), for which reason they must be widely known lesions in odontostomatology practice.

The cause of arteriovenous malformations is unknown; however, studies have revealed that they may be developed during pregnancy or shortly after birth.

Their clinical appearance depends on the depth in which the lesion is located. When it presents superficially, its diagnosis is simple, in the majority of the cases. However, upon occasion, when they are found in deep planes, and are externally covered by normal skin, complementary examinations are necessary in order to obtain a diagnosis through imaging.

Osseous haemangiomas of the mandible are benign tumours but dangerous due to the risk of causing profuse haemorrhages and hypovolemic shock after dental extraction.

We present a clinical case of cavernous haemangioma in a man of 61 years of age who went to the Office of Primary Care Odontology of the Region of Madrid, for the purpose of performing several extractions.

KEY WORDS

Vascular anomalies; Mandibular cavernous hemangioma; Dental extraction.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías vasculares se dividen según: Las características celulares, la apariencia clínica y su historia natural, esta clasificación, se aceptó durante la Biennial Meeting of the International Society for the study of vascular Anomalies¹.

Esta clasificación es la más usada y aceptada internacionalmente ya que puede ser validada y confirmada a nivel clínico, histológico molecular, bioquímico y radiológico, permitiendo un lenguaje común para la investigación y estudios comparativos².

Clasificación de las anomalías vasculares:

Tumores vasculares

- Hemangiomas
- Hemangioma congénito (hemangioma congénito rápidamente involutivo, hemangioma congénito no involutivo)
- Hemangioma infantil (superficiales, profundos, mixtos)

Otros

- Hemangioendotelioma kaposiforme
- Hemangioendotelioma de células fusiformes
- Angioma de penacho
- Hemangiopericitoma
- Granuloma Biogénico
- Angiosarcoma

Malformaciones vasculares

- Simples
- Capilares
- Venosas
- Linfáticas (macro y microquistica)
- Arteriales
- Combinadas
 - Fístula arteriovenosa
 - Malformación arteriovenosa
 - Malformaciones capilovenosas (síndrome de Klippel-Trenaunay)
 - Malformación capilovenosa
 - Malformación linfaticovenosa
 - Malformación capiloarteriovenosa
 - Malformación capilolinfaticoarteriovenosas (síndrome de ParksWeber)

La malformación vascular es un hamartoma, compuesto de células endoteliales maduras que no proliferan ni involucionan. Es una anomalía estructural, compuesta de vasos displásicos

TABLA 1. DIFERENCIA ENTRE HEMANGIOMA Y MALFORMACIONES VASCULARES²

Hemangiomas	Malformaciones Vasculares
No están presentes en el nacimiento	Presentes al nacimiento
Evidentes a las 2-4 semanas de nacimiento	Evidentes desde el nacimiento
Involución espontánea	
Más frecuente en mujeres 3:1	Misma frecuencia por sexo
Proliferación celular endotelial rápida	Ciclo celular endotelial normal

que está presente, aunque pueda no manifestarse, al nacimiento³.

La malformación vascular muestra un crecimiento proporcionado con el niño. Los cambios físicos externos pueden explicarse por influencias exteriores, hemodinámicas u hormonales²⁻⁴.

Las malformaciones vasculares se subdividen en diferentes categorías según las características de su flujo y el tipo de vaso anómalo predominante:

- De flujo lento (capilar, venoso, linfático)
- Rápido (arterial, fístula arterio-venosa)

La malformación vascular puede ser simple con un único tipo de vaso anómalo (capilar, venoso, arterial, linfático) o combinado, con más de un tipo anómalo de vaso, pudiendo darse todo tipo de combinaciones complejas. Algunas de estas malformaciones son conocidas por su correspondiente epónimo como el síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (malformación capilar-venosa-linfática)⁴.

Su aspecto clínico depende de la localización dentro de la piel afecta. Los hemangiomas comunes son de tres tipos.

- Los hemangiomas superficiales conocidos como hemangiomas en fresa, porque recuerdan su aspecto, asientan en la dermis superficial y se presentan como placas.
- Nódulos de color rojo vivo o escarlata, abruptamente limitados, donde el color tan vivo de la lesión nos indica que está en fase proliferativa.
- Los hemangiomas profundos o cavernosos están localizados más profundamente, afectando la dermis profunda y tejido celular subcutáneo. Se aprecian como masas rojo azuladas con bordes no tan bien definidos, cubiertos por una piel normal. La piel que cubre al hemangioma cavernoso puede

tener pequeñas dilataciones vasculares que ayudan al diagnóstico. Pueden manifestarse hemangiomas con ambas características, superficiales y profundas.

La diferencia entre la variante capilar y cavernosa se da en la disposición de los vasos. En los capilares existe gran número de vasos sanguíneos separados por tejido conectivo y de tipo capilar, y en el cavernoso los espacios vasculares son grandes tortuosos e irregulares⁵.

CONSIDERACIONES ODONTOESTOMATOLÓGICAS DE LA LESIÓN

En cavidad oral, puede producir macroglosia si se localiza en lengua. Otras localizaciones son: encías, mucosa yugal y labios. Dado que la tumoración no está encapsulada su extirpación podría producir una gran hemorragia. La masticación y los microtraumatismos repetidos pueden hacer que se presenten úlceras que pueden sangrar repetidamente⁵.

Los hemangiomas de localización parotídea pueden comprimir el conducto auditivo externo produciendo una hipoacusia de transmisión que suele ser temporal, además puede presentarse compresión del nervio oftálmico cuando se encuentra el V par craneal afectado. La presión sobre el hueso puede alterar el hueso mandibular con la asimetría consiguiente⁶.

Las lesiones cutáneas profundas o intramusculares con frecuencia causan malestar, sobre todo al amanecer o al levantarse, probablemente como resultado de trombosis en el interior de la malformación. Las de localización intraoral pueden sangrar, distorsionar la dentición, causar problemas del habla u obstrucción de la vía aérea superior y de la faringe. Trombosis, tumefacción y dolor son comunes en todas las malformaciones venosas, y pueden agravarse en ciertas circunstancias como en el embarazo⁶.

Los hemangiomas óseos maxilares son tumores benignos pero peligrosos por el riesgo de ocasionar hemorragias tras las exodoncias. Deben sospecharse clínicamente ante el re-zumamiento hemático en el surco gingival que no puede atribuirse a patología mucosa o enfermedad periodontal. Radiológicamente se presenta como masa radio-lúcida y afectan a mandíbula el doble de veces que a maxilar superior. Histopatológicamente, se trata casi siempre de hemangioma cavernoso y pocas veces de tipo capilar. El tratamiento es quirúrgico realizándose extirpación y taponamiento para cohibir la hemorragia, en situaciones extremas se procede a la ligadura de la carótida externa para salvar al paciente del shock hipovolémico⁷.

No obstante se ha registrado un caso en el que un adolescente fue intervenido para extracción de un tercer molar, y que en el transcurso de dicha cirugía se presentó una hemorragia es-

pontánea e incontrolable, que produjo la muerte del paciente, a pesar de que se le realizara ligadura bilateral de carótidas externas tres años antes de la extracción⁸.

Igualmente se ha publicado el caso en el que una niña de nueve años de edad, con dentición decidua e hiperactividad, se sometió a extracción dental. La hemorragia se detuvo en dos días al realizar resección de hueso mandibular⁹.

La mayoría de los hallazgos son casuales radiográficos, sin dar clínica alguna, si bien es cierto que en otras ocasiones produce erosión y reabsorción de los dientes, (produciendo movilidad de los dientes afectados), desfiguración facial por la expansión asimétrica de lento crecimiento del maxilar o de la mandíbula, dolor o parestesias. Está descrito que pueda detectarse la pulsación del hemangioma a la auscultación o a la palpación de las tablas óseas adelgazadas, sangrado gingival espontáneo alrededor de los dientes de la zona o bien incluso puede debutar como una hemorragia tras la extracción de un diente, o por la realización de una biopsia de la lesión. Para evitar estos últimos accidentes es muy importante tener un diagnóstico de sospecha, apoyado en las pruebas de imagen¹⁰.

El diagnóstico diferencial debe de hacerse con otras lesiones con imagen radiológica similar, como: el quiste dental residual, queratoquiste odontogénico, quiste óseo aneurismático, ameloblastoma, mixoma odontogénico, granuloma de células gigantes, granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, hemangioendotelioma y hemangiopericitoma que son neoplasias malignas del endotelio y de los pericitos vasculares, respectivamente. Estas neoplasias son extremadamente celulares y representan proliferaciones de las células, más que de los propios vasos sanguíneos, como ocurre con los hemangiomas. Son bastante agresivos, tienden a desarrollarse en niños y adultos jóvenes y propenden a la recidiva, aunque las metástasis a distancias son raras¹¹⁻¹².

Existen varios aspectos controvertidos en el manejo de los hemangiomas¹³. Se trata de una patología con una escasa incidencia, de evolución variable y, difícilmente predecible. Existen diversos criterios para su tratamiento:

- Aquellos que defienden un manejo agresivo aseguran que con ello se minimizan los riesgos, dividen los tratamientos en: no específicos (cirugía, crioterapia), antiangiogénicos (corticoides, interferon) y antiproliferativos (quimioterapia, radioterapia). Deben ser sometidos a tratamiento aquellos hemangiomas que obstruyan el eje visual, la vía aérea, el canal auditivo y la región ano-genital, así como lesiones cutáneas muy diseminadas o con afectación visceral que puedan desembocar en insuficiencia cardíaca congestiva, hemorragia grave o trastornos de la coagulación.
- El tratamiento conservador considera que se consiguen mejores resultados cosméticos ya que la mayoría de hemangio-

mas son de curso autolimitado, es decir mantener una actitud expectante ante la lesión, y seguimiento del paciente analizando el tamaño de la lesión para determinar su crecimiento¹³.

Recientemente, se han utilizado los rayos láser para reducir el tamaño de los hemangiomas. Los rayos láser que emiten una luz amarilla destruyen los vasos en el hemangioma sin agredir la piel que está sobre este. En algunas ocasiones se usa una combinación de inyección de esteroides y terapia láser¹⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 61 años de edad que acude a la consulta de odontología de Atención Primaria, con el fin de realizar la exodoncia de restos radiculares y molares con destrucción coronal, sin movilidad. Se trata de un paciente sin antecedentes médicos de interés y a la exploración extraoral se evidencia la presencia de un defecto vascular.

Características de la lesión

Gran masa polilobulada de márgenes bien definidos situada en mucosa vestibular izquierda del labio superior e inferior cruzando la línea media, con tamaño aproximado de 9 cm en eje largo y espesor de 2 cm. Hay otra masas similares afectando la mucosa palatina con un grosor aproximada de 2 cm. y otros dos focos de menor tamaño afectando a la mucosa lingual derecha de 25 mm. y en el margen mas inferior del músculo pterigoideo medial derecho (Fig. 1).

En el IV cuadrante clínicamente, se aprecia una superficie normal, sin abombamiento, sangrado o movilidad dental que nos haga sospechar de la presencia de una lesión, sin embargo la imagen radiográfica desvela una lesión de tamaño considerable. Por esta razón se hace imprescindible el estudio radiográfico (Fig. 2-4).

Se realizaron las exodoncias simples de: 34, 35 y 37 con el instrumental habitual para este fin. Una vez estudiada la imagen radiográfica se valora el escaso riesgo de hemorragia por las características óseas de la mandíbula del III cuadrante. Las extracciones se realizaron con intervalos de tiempo suficiente para evitar la provocación de sangrado excesivo.

Debido a la pérdida de elasticidad en la comisura labial izquierda, la apertura de la cavidad oral se encontraba disminuida, dificultando de esta manera el acceso al campo operatorio.

RESULTADO

Una vez realizada la extracción se realizó suave compresión y se procedió a la colocación de espongostán® (esponja de gelatina absorbente hemostática) en el alveolo. No se presentó ninguna complicación.



Fig. 1. Imagen frontal.



Fig. 2. Imagen derecha IV cuadrante (aparentemente normal. Sin abombamiento de la tabla alveolar, vestibular ni lingual).



Fig. 3. Imagen izquierda, zona yugal. III cuadrante (lesión evidente).

Informe del Estudio de Imagen. Ortopantomografía y TC.

Todas las lesiones presentan focos milimétricos hipointensos en todas las secuencias, sugerentes de flevolitos. El estudio dinámico presenta realce en fases tardías que se mantiene



Fig. 4. Ortopantomografía 1.



Fig. 5. Ortopantomografía 2 (16 meses más tarde).

en los estudios de postcontraste así como ensanchamiento del agujero mentoniano izquierdo y del propio canal dentario.

La radiografía tomada 16 meses más tarde desvela pocas variaciones en el tamaño de la lesión, por lo que se opta por tener una actitud expectante y conservadora del hemangioma (Fig. 4-5).

CONCLUSIONES

1. Los Odontostomatólogos están en la obligación de mantenerse informados y actualizados por medio de la formación continuada que facilite una buen criterio o juicio clínico profesional.

2. Es importante realizar un diagnóstico del estado del paciente, con un adecuado y exhaustivo examen clínico en el que se incluya la imagen radiográfica siempre que sea posible.

3. Los hemangiomas intramandibulares son una patología poco habitual, frecuentemente diagnosticados como hallazgos casuales tras pruebas radiográficas.

4. Es importante que el Odontostomatólogo tenga capacidad de trabajo en equipo y esmerar su pericia profesional así como conocer sus limitaciones y remitir a unidades interdisciplinarias que complementen el tratamiento de los pacientes.



BIBLIOGRAFÍA

1. Avila FF, Duarte AX. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Libro electrónico de Cirugía Pediátrica Universidad de Caldas, en: Hemangiomas. Malformaciones vasculares en : Piel, tejidos blandos y vasos sanguíneos. Departamento clínico quirúrgico de la Facultad de Ciencias para la Salud. Disponible en: sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/index.htm. Consultado 25/02/2012
2. Aguilera FA, Shalkow KJ, de la Teja Durán GA. Criterios estomatológicos para el tratamiento del paciente con anomalías vasculares, Informe de cuatro casos. Acta Pediatr Mex 2009; 30(5):247-253.
3. De Diego E, Trugeda M, Sandoval F. Hemangiomas y malformaciones vasculares. Bol Soc Pediatr Asturias 2001, 41:137-143
4. Albizu Y. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. Dermatología Neonatal en Atención Primaria, Diagnóstico Visual. Hospital Donostia. 2006: 7-10
5. Bascones A, Llanes F. En Bascones A, Llanes F. En: Medicina Bucal. Madrid: Avances, 1991;1:263-267
6. Belzunce A, Casellas M. Complicaciones en la evolución de los hemangiomas y malformaciones vasculares. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2004; 27, suplemento 1:57-71
7. Bascones A, Llanes F. Medicina Bucal. Madrid: Avances, 1991;2: 536-537

8. Lamberg MA, Tasanen A, Jääskeläinen J. Fatality from central hemangioma of the mandible. *J Oral Surg* 1979; 37(8):578-584
9. Houshian S, Herold N, Mikkelsen L, Ritzau M., Ugeskr Laeger. Lifet-threatening hemorrhage from a mandibular hemangioma. *UgeskLeger*. 1998; 160(2): 180-181.
10. Luaces R, García-Rozado A, González J.L., López-Cedrún C. Ferreras Granada J. Hemangioma intramandibular, abordaje intraoral. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2006; (5-6) 195-199.
11. Beziat JL, Marcelino JP, Bascoulergue Y, Vitrey D. Central vascular malformation of the mandible: a case report. *J Oral Maxillofac Surg* 1997;55:415- 420.
12. Virguez Y , Núñez E, Osorio A , Jiménez C. Presentación inusual de un hemangioma capilar lobulado en paciente pediátrico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta Odontol Venez* 2007; 45(1): 87-92.
13. Llore P. Tratamiento médico de los hemangiomas. *Anales del Sistema Nacional de Navarra* 2004;1(27): 81-93.
14. Habif TP. *Vascular tumors and malformations*. Chicago: Mosby Elsevier 2009; cap 23. disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001459.htm Medline plus. Consultado: 23/02/2012.