

Escleroterapia como tratamiento de anomalías vasculares

Reporte de un caso y revisión de la literatura

Salvador Reyes Fernández

Cirujano Oral y Maxilofacial, Maestría en Salud Pública. Hospital General de Acapulco de la Secretaría de Salud Guerrero, Profesor por asignatura de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

N. Samanta Romero Castro

Periodoncista, Maestría en Salud Pública. Profesora investigadora de tiempo completo de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

Xenia T. Cobos Cruz

Maestría en Ortodoncia. Profesora investigadora de tiempo completo de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

Guadalupe M. Espinoza Iturriaga

Maestría en Ortodoncia. Profesora investigadora de tiempo completo de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

Guillermo M. Contreras Palma

Maestría en Ciencias Biomédicas. Profesor investigador de tiempo completo de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

David A. Ávila Arizmendi

Maestría en Ciencias Biomédicas. Profesor investigador de tiempo completo de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco, México.

Resumen

Las anomalías vasculares constituyen un grupo de patologías que se dividen en dos tipos. En el primero se encuentran las verdaderas neoplasias vasculares como los hemangiomas, mientras que en el segundo se encuentran las denominadas malformaciones vasculares. Es importante diferenciar entre hemangiomas y malformaciones vasculares ya que el manejo y comportamiento para ambos es diferente. Si la lesión no estaba presente al nacimiento y tiene una historia de crecimiento e involución puede tratarse de un verdadero hemangioma, de lo contrario lo más probable es que se trate de una malformación vascular.¹

Existe confusión respecto a la terminología utilizada

para referirnos a estas anomalías vasculares. Con frecuencia se utilizan de manera indistinta el término *hemangioma* para todas las anomalías vasculares.²

En este trabajo reportamos el caso de una malformación vascular tratada a base de escleroterapia con inyecciones intra y perilesionales de polidocanol al 3% con buenos resultados.

Palabras clave: *Hemangioma, lesión vascular, neoplasia vascular, malformación vascular, escleroterapia.*

Introducción

Las anomalías vasculares (AV) constituyen un grupo de patologías que se divide en dos tipos (según la clasificación de Mulliken y Young de 1996 y adoptada por la International Society for the Study of Vascular Anomalies).

En el primero se encuentran las verdaderas neoplasias vasculares como son los hemangiomas (HEM), mientras que en el segundo se encuentran las denominadas malformaciones vasculares (MV)^{3,4,5} (Tabla 1).

Los HEM son neoplasias vasculares benignas,⁶ encontradas frecuentemente en el área de cabeza y cuello (50 a 60% de los hemangiomas se presentan en esta localización).^{7,8}

Los HEM de la cavidad oral suelen ser elevados, multinodulares, y nítidamente rojizos, azules o amarillos, localizados con mayor frecuencia en la mucosa de labio, lengua y carrillos. Estas lesiones palidecen cuando se ejerce presión sobre ellas, pues la sangre es forzada a fluir de los espacios vasculares, volviendo a llenarse al eliminar la presión.^{8,9}

Los HEM son las neoplasias más frecuentemente encontradas en edades pediátricas y suelen involucionar de manera espontánea^{8,10,11} o pueden responder adecuadamente a los diferentes tratamientos, pero un 10% de éstos pueden sufrir complicaciones como compresión a estructuras adyacentes, ulceraciones, dolor y hemorragias, así como alteraciones estéticas.^{7,10} Son más frecuentes en personas de raza blanca y en el sexo femenino.¹⁰

Histológicamente presenta gran celularidad en la etapa proliferativa, misma que disminuye en la etapa de involución.¹⁰

En edades tempranas se debe mantener una actitud conservadora ya que estas lesiones tienden a involucionar.¹ Esta actitud terapéutica conservadora se aplica ya que aproximadamente el 40% de los HEM involucionan en su totalidad.¹²

Las MV congénitas no son neoplasias verdaderas, sino que se trata de un tipo de AV debidas a errores en la morfogénesis vascular. Están presentes desde el nacimiento aunque se hacen evidentes en distintas etapas de la vida y no se resuelven espontáneamente. Son menos frecuentes que los HEM y a diferencia de éstos, no manifiestan una predilección clara por ningún sexo.¹³

Las MV orales son lesiones elevadas rojizas o amoratadas y asintomáticas con bordes mal definidos, comúnmente localizadas en la lengua, labio o carrillos diagnosticadas con mayor frecuencia durante la séptima década de vida.¹⁰

Son consideradas como anormalidades embrionarias del desarrollo. Pueden estar compuestas por arterias, venas o capilares. Clínicamente son similares a los HEM, sin embargo las MV están presentes siempre al nacimiento, y suelen aumentar de tamaño acorde al crecimiento y desarrollo del paciente. No involucionan y se mantienen estables durante la vida del individuo. En muchas publicaciones no se hace la diferencia entre HEM y MV, o estas MV son consideradas como una variante del HEM.¹⁰

Pueden estar asociadas a diferentes síndromes como el de Sturge Weber.¹⁴

Es importante diferenciar entre HEM y MV ya que el manejo y comportamiento de ambos es diferente. El tratamiento de las MV es la escleroterapia, mientras que los hemangiomas suelen ser manejados de manera conservadora en espera de la involución parcial o total. Si la lesión no estaba presente al nacimiento y tiene una historia de crecimiento e involución puede tratarse de un verdadero hemangioma, de lo contrario lo más probable es que se trate de una malformación vascular¹ (Tabla 2).

El diagnóstico de la AV se basa principalmente en los aspectos clínicos y la historia de la lesión,¹⁴ sin embargo existen métodos por imagen que son importantes como auxiliares, dentro de los que destacan la ecografía y la resonancia magnética (RM).² La ecografía es un método útil para determinar si se trata de una masa sólida o no, pero no indica la extensión de la lesión. La RM es el mejor método de diagnóstico para estas patologías, ya que permite analizar las partes blandas y los elementos vasculares con una alta resolución anatómica, así

como para evaluar el compromiso de estructuras adyacentes.¹⁵

Los tratamientos para las MV son la escleroterapia, corticoterapia sistémica, interferón, láser, embolización, crioterapia y cirugía. Estos mismos tratamientos pueden aplicarse a los hemangiomas que no involucionan.^{9,10,13}

La escleroterapia se viene utilizando desde hace mucho tiempo en el tratamiento de las MV. Entre los agentes esclerosantes más utilizados están el morruato sódico al 5%, el tetradecilsulfato sódico, el polidocanol, el oleato de etalonamina, el etanol, el suero salino hipertónico, el ácido amidotrizoico, la bleomicina, la dextrosa y las tetraciclinas entre otros.¹⁶

Dentro de los agentes esclerosantes antes mencionados destaca el polidocanol al 3% intra y perilesional con buenos resultados.⁹ La inyección de la solución de polidocanol produce un efecto inflamatorio perivascular, lo que da lugar a una tromboflebitis superficial localizada y aséptica la cual es seguida por obliteración y esclerosis de los vasos sanguíneos.

La finalidad de este reporte es demostrar la efectividad esclerosante del polidocanol al 3% en inyecciones intra y perilesionales en el caso presentado.

Presentación del caso clínico

Masculino de 72 años de edad que se presentó a la consulta para valoración de un aumento de volumen de 5 x 6 cm que abarcaba dorso y borde lateral de la lengua en su tercio posterior de lado izquierdo con base sésil, color amoratado, de consistencia blanda y asintomático (Fig. 1). Desconoce tiempo de evolución. No presentaba antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

Se diagnosticó como una malformación vascular por lo que se planteó como plan de tratamiento la escleroterapia a base de solución de polidocanol al 3% con inyecciones intra y perilesionales semanales con un total de 12 sesiones.

El procedimiento consistió en la aplicación de antiséptico previo a la punción para evitar el riesgo de una infección iatrogénica. No se aplicó anestesia local ya que se consideró que la aplicación de la inyección anestésica local genera dolor de intensidad similar al que produce la infiltración del agente esclerosante. Con una jeringa y aguja para administración de insulina se infiltraron en cada sesión 1 ml de polidocanol al 3% distribuidos de manera equitativa en 4 puntos, 3 de ellos perilesionales conformando un triángulo, y uno en el centro de la lesión.

Tabla 1. Clasificación modificada de la ISSVA de las anomalías vasculares (Roma, 1996).

Tumores	Malformaciones vasculares
Hemangiomas Superficiales (capilares) Profundos (cavernosos) Mixtos	Capilares Venosas Linfáticas Arteriales Combinadas
Otros Granuloma piogénico Sarcoma de Kaposi Angiosarcoma	



Fig. 1. MV en el pretratamiento.

Durante el transcurso del tratamiento la lesión fue empalideciendo y disminuyendo de tamaño, y la consistencia se fue tornando fibrosa. Durante las infiltraciones iniciales el sangrado a través del orificio de la punción era abundante, y fue disminuyendo conforme avanzó el tratamiento, lo que indica la disminución progresiva de la vascularidad de la lesión.

El resultado final fue satisfactorio y hasta dos años de seguimiento no hay datos de recidiva (Fig. 2).

Discusión y conclusión

Cuando se hace diagnóstico de AV es muy importante diferenciar entre HEM y MV ya que existe confusión en cuanto a si estas lesiones son una misma o se trata de enfermedades diferentes. Según la clasificación de la ISSVA de las anomalías vasculares se trata de lesiones diferentes, considerando al HEM una verdadera neoplasia de endotelio, y a las MV como una anomalía del desarrollo embrionario. Es importante comprender la diferencias entre MV y HEM ya que las MV siempre requerirán tratamiento, mientras que los hemangiomas en su mayoría no lo requerirán.³

Con respecto al sexo encontramos que la literatura marca que no existe predilección por sexo para las

Tabla 2. Diferencias entre hemangiomas y malformaciones vasculares.¹⁷

	Hemangioma	Malformación vascular
Aparición al nacimiento	30%	100%
Relación hombre/mujer	1:3 / 1:5	1:1
Historia natural	Proliferación, involución, desaparición	Crecimiento proporcional, expansión
Histología	Hiperplasia endotelial	Endotelio normal



Fig. 2. Vista del postratamiento.

MV, aunque sí se dice que los hemangiomas son más frecuentes en mujeres.⁴

En cuanto a la edad se reporta que las MV se diagnostican frecuentemente en adultos mayores, lo que coincide con el caso presentado, ya que el paciente tenía 72 años de edad.

La localización de la lesión en el paciente que se presenta está dentro de las áreas más frecuentemente afectadas cuando se encuentra en la cavidad oral (lengua).⁴

Debido a la edad del paciente resulta difícil determinar si la lesión estuvo presente al nacimiento, o si se manifestó posteriormente, sin embargo la edad del paciente al momento del diagnóstico y el comportamiento de la lesión (la no tendencia a la autoremisión, la estabilidad de tamaño durante los años) nos fueron útiles para llegar al diagnóstico de MV.

Con el tratamiento aplicado a base de polidocanol al 3% intra y perilesional logramos la remisión de la lesión de manera paulatina. Esto coincide con otros autores que concuerdan que el polidocanol es un agente esclerosante efectivo como se demostró en el caso clínico presentado.⁹

Referencias bibliográficas

1. Redondo P, Fernández M. Protocolo de actuación ante hemangiomas y/o malformaciones vasculares. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 133-140.
2. Martínez de la Cuesta A. Estudios de imagen en el diagnóstico de los hemangiomas y malformaciones vasculares. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 71-80.
3. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Características clínicas e historia natural. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 9-25.
4. Ortega T, Cajone MC, Pasquali P, Trujillo B, Roizental M. Malformaciones vasculares a predominio cutáneo: diagnóstico y tratamiento. *Dermatología Venezolana* 2005. 43(1)
5. Cordisco MR. Lesiones vasculares en la infancia. *Dermatol Pediatr Lat* 2005 ;3(2)2.
6. Bonet-Coloma C, Mínguez-Martínez I, Palma-Carrió C, Galán-Gil S, Peñarocha-Diago M, Mínguez-Sanz JM. Clinical characteristics, treatment and outcome of 28 oral haemangiomas in pediatric patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011 Jan 1;16 (1):e19-22
7. Belzunce A, Casellas M. Complicaciones en la evolución de los hemangiomas y malformaciones vasculares. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 57-69.
8. Virguez Y, Núñez E, Osorio AY, 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).
9. Jiménez-Palacios C. La escleroterapia como una alternativa en el tratamiento de los hemangiomas de los tejidos blandos de la cavidad bucal. *Acta odontol Venez* 2000. 38(2).
10. Henriquez Corrrea P, Nunes LCC, Johann ACBR, Aguiar MCF, Gomez RS, Mesquita RA.
11. Kutluhan A, Bozdemir K, Ugras S. The treatment of tongue haemangioma by plasma knife surgery. *Singapore Med J C a s e R e p o r t* 2008; 49(11) : e312
12. Waner M, Murillo J, Aubá C, Hontanilla B. Tratamiento quirúrgico de los hemangiomas. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 93-101.
13. Fernández-Alonso L. Tratamiento quirúrgico de las malformaciones vasculares. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 127-132.
14. De Diego-García M, Fernández-Jiménez I, Trugeda-Carrera MS, Sandoval-González F. Hemangiomas y malformaciones vasculares ¿Qué se puede hacer? *Bol pediatr* 2001; 41: 137-143
15. García-Mónaco R, Kreindel T, Giachetti A. Malformaciones vasculares: claves diagnósticas para el radiólogo. *RAR - Volumen 76 - Número 4* 2012.
16. Cabrera J, Redondo P. Tratamiento esclerosante de las malformaciones vasculares. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2004; 27 (Supl. 1): 117-126.
17. Harker-Perea H, Acosta-Casas GI, Baquero-Barríos JE. Treating Oral Mucous Hemangioma with a diode laser in a single session A two - case Report. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello* 2010;30(1):29-33.
18. Corrêa PH, Nunes LCC, Johann ACBR, Aguiar MCF, Gomez RS, Mesquita RA. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and varix in a Brazilian Population. *Braz Oral* 44 Res 2007;21(1):40-5.