

Hemangiomatose vertebral – descrição de 2 casos clínicos

Vertebral haemangiomatosis – two clinical case reports

Sofia Caridade*, Alberto Leite*, Isabel Agonia*, Manuela Rocha**, Narciso Oliveira**, Ilídio Brandão***

Resumo

Os hemangiomas são lesões benignas resultantes da proliferação de vasos sanguíneos e constituem cerca de 1% de todos os tumores ósseos. São geralmente assintomáticos; contudo, podem apresentar-se com dor vaga de início insidioso e evoluir para dor constante, podendo surgir também complicações neurológicas, quando existe extensão epidural do tumor.

Os autores descrevem dois casos clínicos de hemangiomatose vertebral, em que uma das lesões apresenta comportamento agressivo, pouco frequente nestas entidades, existindo noutros corpos vertebrais hemangiomas, estes com características imagiológicas e comportamento típicos.

Palavras chave: hemangioma, coluna vertebral, tumores.

Abstract

Haemangiomas are benign lesions arising from proliferation of blood vessels and represent about 1% of all bone tumours. They are usually asymptomatic. Nevertheless, they may present as a vague discomfort progressing to constant pain. Neurological complications can be found if epidural extension of the tumour exists.

We report two cases of vertebral haemangiomatosis in which a lesion assumes an aggressive behaviour, very uncommon in these cases. Haemangiomas were present in other vertebral bodies, with typical behaviour and imagiological characteristics.

Key words: haemangioma, vertebrae, tumours.

Introdução

Os hemangiomas são lesões benignas, descritas em 10 a 12% dos casos em séries de autópsias,^{1,2,3} localizando-se, na maioria dos casos, no crânio e coluna vertebral,^{4,5} especialmente nas regiões lombar e torácica inferior.^{3,5} Estas lesões são geralmente assintomáticas e detectadas acidentalmente durante a avaliação de outros problemas;⁶ no entanto, quando sintomáticas, podem apresentar-se sob a forma de dorsalgia.^{2,3,5,7} Também podem surgir complicações neurológicas por compressão radicular ou medular e fracturas.^{2,3,5}

1º CASO

Doente do sexo feminino, 57 anos, casada, doméstica, com hipertensão arterial e dislipidemia mista.

Medicada habitualmente com lisinopril, carvedilol, sinvastatina e alprazolam.

Recorre ao serviço de urgência do nosso hospital em Dezembro de 2006, com quadro de dorsolombalgias sem irradiação, paraparesia dos membros inferiores com cerca de 3 semanas de evolução e incapacidade para deambular nos 4 dias anteriores. Referia, também, dificuldade em iniciar a micção. Negava traumatismos recentes.

Ao exame físico, consciente, colaborante e orientada temporo-espacialmente, paraparesia grau 3, nível sensitivo por T8, hipereflexia osteotendinosa nos membros inferiores, reflexos cutâneo-plantares indiferentes, ausência de défices motores nos membros superiores, sem alterações dos pares cranianos.

Realizou ressonância magnética da coluna vertebral, que revelou diversas lesões infiltrativas a nível da coluna dorso-lombar sugestivas de processo metastático; a maior, localizada em T8, envolvia em manga o saco tecal, deformando e comprometendo o cordão medular, que se encontrava comprimido (Fig. 1 e 2).

Foi internada em enfermaria de Medicina Interna, para estudo de tumor primário desconhecido versus patologia primária das vértebras.

*Internos do Complementar de Medicina Interna

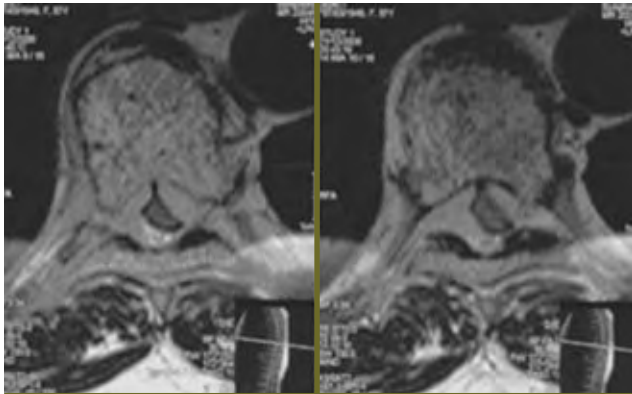
**Assistente Hospitalar de Medicina Interna

***Assistente Graduado de Medicina Interna

Serviço de Medicina 2, Hospital de São Marcos, Braga

Recebido para publicação a 04.07.07

Aceite para publicação a 03.10.07



Ressonância magnética (RM): Compressão significativa do saco dural por massa tumoral endocanal, que se estende ao corpo vertebral.

FIG. 1



RM: Compressão do canal medular no sentido ântero-posterior (seta verde) e hemangiomas vertebrais (setas vermelhas).

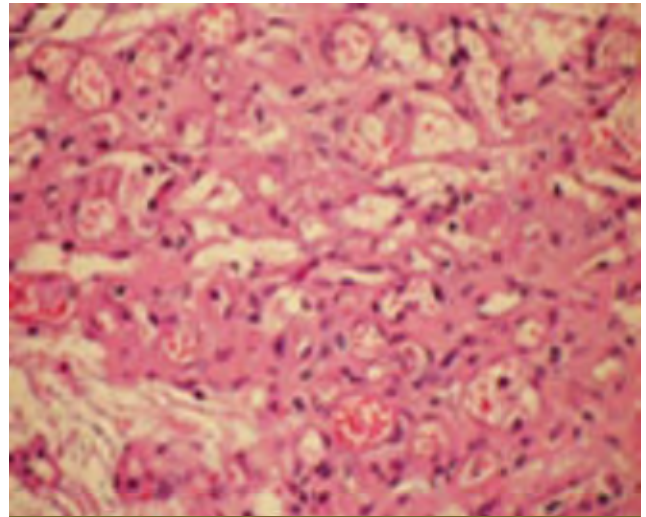
FIG. 2

muito sangrante. O exame histológico mostrou estruturas de lesão com características de hemangioma (Fig. 3).

Após a cirurgia, e apesar da descompressão medular (Fig. 4 e 5), houve agravamento do déficit neurológico, tendo a doente ficado paraplégica por enfarte

O estudo exaustivo efectuado, que incluiu TC toraco-abdomino-pélvica, endoscopia digestiva alta, colonoscopia total, mamografia, electroforese de proteínas no soro, pesquisa de cadeias leves na urina e serologias infecciosas, não acrescentou informação relevante na obtenção do diagnóstico.

Dado o rápido agravamento clínico, com progressão para paraparesia grau 2-, a doente foi submetida a tratamento cirúrgico, com laminectomia T6 a T9 e ressecção de lesão expansiva epidural



Exame histológico da peça operatória

FIG. 3

medular, na sequência de provável atingimento da artéria de Adamkiewicz (artéria radicularis magna). Fez protocolo de corticoterapia, sem resposta favorável.

2º CASO

Doente do sexo feminino, 78 anos, solteira, agricultora, com hipertensão arterial, gastrite crónica atrofica, artroplastia total do joelho direito e fractura trocantérica direita. Medicada habitualmente com anti-hipertensor, inibidor de bomba de prótons e toma ocasional de anti-inflamatórios não esteróides.

Recorre ao serviço de urgência do nosso hospital, com quadro de paraplegia dos membros inferiores de instalação progressiva com cerca de um ano de evolução, referindo simultaneamente alterações da sensibilidade.

Enumerava múltiplas fracturas ósseas no último ano e meio com evolução favorável.

Ao exame neurológico, consciente, colaborante e orientada tempo-espacialmente, pupilas isocóricas e fotorreactivas, paraplegia e parestesia dos membros inferiores, reflexos cutâneo-plantares extensores bilateralmente, ausência de défices motores nos membros superiores.

A RM encefálica e raquidiana (Fig. 6 e 7) realizada mostrou lesão tumoral muito provável em T10, com grande atingimento do corpo vertebral e do arco pos-

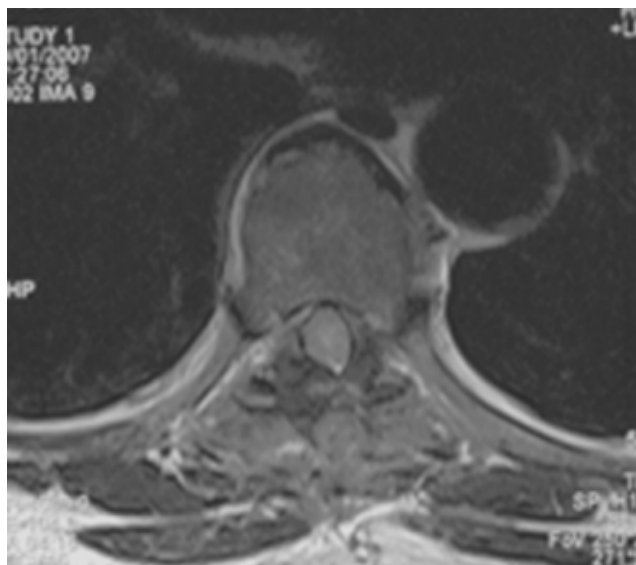


RM: Extensa área de hipersinal medular, tanto na zona abordada como acima e abaixo, sugestiva de lesão vascular medular; boa descompressão local e ressecção da lesão

FIG. 4

terior. Algumas características da lesão pareciam corresponder a hemangioma; contudo o forte componente de tecidos moles (“em manga”) e o atingimento multitépico não permitiam excluir mieloma múltiplo ou metástases. Áreas de alteração de sinal eram ainda evidentes em L1 e L3, com aspecto de hemangioma, captante.

Na sequência deste exame, a doente foi também internada em enfermaria de Medicina Interna e realizou outros exames complementares de diagnóstico, como electroforese de proteínas no soro, mielo-



RM: Canal medular após cirurgia com descompressão medular

FIG. 5



RM: Hemangiomas vertebrais (setas vermelhas) e compressão do canal medular no sentido ântero-posterior (seta verde).

FIG. 6

grama, mamografia, serologias infecciosas cujos resultados foram normais. A TC toraco-abdominopélvica mostrou no corpo de T10 e que se estendia, também, para a apófise transversa direita, alteração da textura com focos hiperdensos lineares, compatível com hemangioma vertebral; visualizava-se, também, no corpo de L1, alteração idêntica da textura mas de menores dimensões, compatível também com hemangioma, que ocupava cerca de metade do corpo vertebral (Fig. 8, 9 e 10).

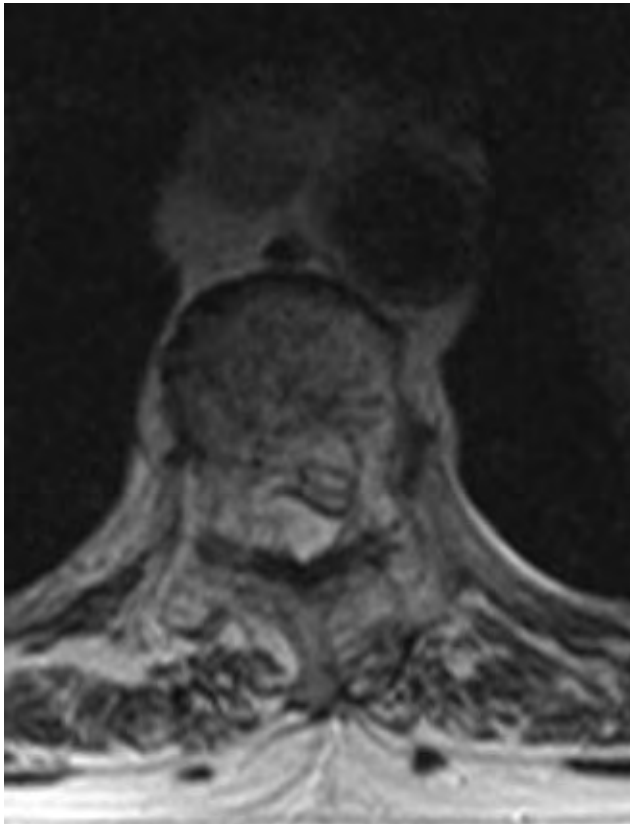
Não se confirmando as hipóteses de metástases ósseas e

mieloma múltiplo, e perante as características de hemangioma na TC, verificamos outro caso de hemangiomatose vertebral, novamente com um componente de comportamento agressivo.

Discussão

O diagnóstico do hemangioma pode ser feito por meio de exames de imagem, quando estes apresentam alterações típicas. Na radiografia simples os hemangiomas caracterizam-se por trabeculações verticais paralelas dos corpos vertebrais e a tomografia computadorizada revela a presença de trabéculas espessas e áreas radiotransparentes. A ressonância magnética tornou-se o exame de eleição para o diagnóstico destas lesões, apresentando o hemangioma sinais hiperintensos típicos em T1 e T2.^{2,3,5} Outros métodos utilizados para o diagnóstico são a angiografia, que demonstra o tamanho da massa vascular, e a biopsia da lesão quando persistem dúvidas.⁵

Dados os limites ósseos do canal medular, tanto as massas benignas como as malignas podem causar défi-



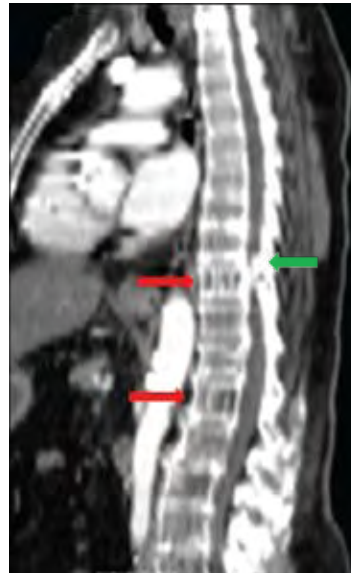
RM: Compressão do saco dural por massa tumoral endocanal.

FIG. 7

ces neurológicos progressivos, incluindo paraplegia. A maioria dos tumores da coluna são benignos (hemangioma do corpo vertebral e doenças degenerativas). Nos adultos, o diagnóstico diferencial deve incluir lesões secundárias como metástases e linfomas, assim como alterações metabólicas como a doença de Paget e as fracturas vertebrais osteoporóticas causadas pela compressão.⁸

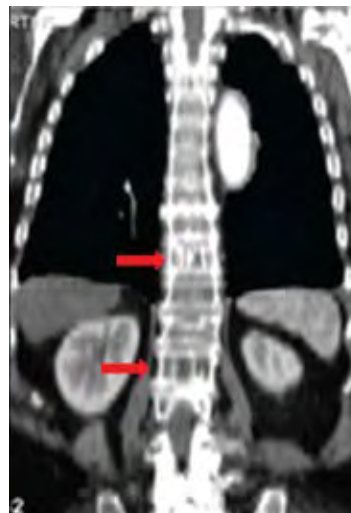
A maioria dos hemangiomas não exige terapêutica específica.^{3,5} No entanto, a existência de dor, assim como a presença de défices neurológicos e/ou fracturas, são indicação para terapêutica. Existem várias modalidades de tratamento, tais como: radioterapia, embolização, laminectomia descompressiva e vertebroplastia. Estas abordagens podem ser usadas isoladamente ou associadas.

Para as raras lesões sintomáticas, a radioterapia é bem sucedida na maioria dos casos.^{1,2,3,9} Nas situações em que há défices neurológicos progressivos, a radioterapia isolada pode parar a evolução clínica.^{2,3} A em-



Tomografia computadorizada (TC): Hemangiomas vertebrais (setas vermelhas) e compressão do canal medular no sentido ântero-posterior (seta verde).

FIG. 8



TC: Hemangiomas vertebrais (setas vermelhas).

FIG. 9

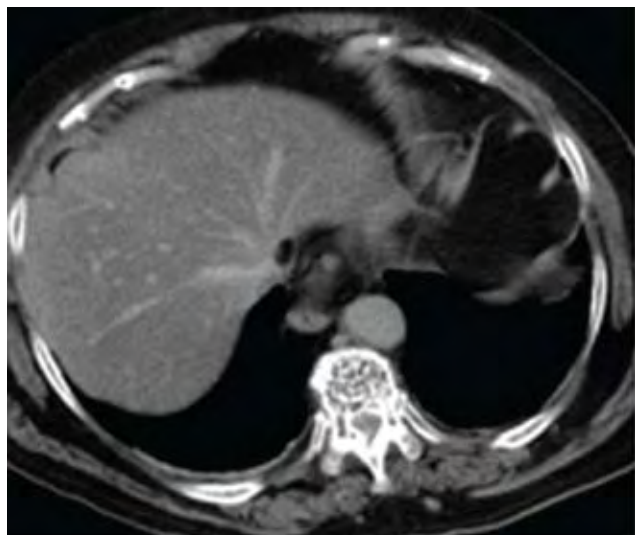
bolização também é útil, particularmente nos doentes com défices neurológicos progressivos, podendo dar alívio temporário das queixas dolorosas.^{3,5} Nos doentes com hemangiomas extensos e agressivos, a cirurgia descompressiva parece ter resultados satisfatórios.^{3,6} Sempre que possível, a embolização pré-operatória dos ramos aferentes da lesão deve ser realizada, uma vez que diminui o risco hemorrágico durante a cirurgia.^{3,6,10} A vertebroplastia tem sido usada com sucesso no tratamento de hemangiomas agressivos, estabilizando o osso patológico através da injeção de cimento ósseo no corpo vertebral. A injeção directa intralésional de etanol também parece ser eficaz na obliteração de hemangiomas vertebrais sintomáticos.^{3,11}

Conclusão

A hemangiomatose vertebral em adultos é rara. Por isso, é também rara a existência desta patologia

numa enfermaria de Medicina Interna, facto que nos leva a destacar aqui esta “série” de dois casos num curto espaço de tempo.

Em ambos os casos, um dos hemangiomas tem



TC: Compressão do saco dural por massa tumoral endocanal.

FIG. 10

comportamento agressivo, existindo outros com características imagiológicas e comportamento típicos. Este facto impõe o diagnóstico diferencial com lesões metastáticas secundárias ou outra patologia primitiva da coluna vertebral.

As doentes são internadas ao cuidado da Medicina Interna, para estudo etiológico. Após estudo exaustivo foi, nos dois casos, excluída patologia tumoral (primária ou secundária) e patologia primitiva da coluna de carácter metabólico ou traumático.

O diagnóstico no primeiro caso foi corroborado por histologia, sendo, no segundo, caso efectuado pela conjugação da clínica com exames imagiológicos (RM e TC).

A apresentação clínica foi semelhante em ambos os casos, surgindo as doentes com alterações neurológicas (uma com paraparesia e outra paraplégica).

No primeiro caso, o facto de se tratar de uma mulher relativamente jovem, com agravamento neurológico rapidamente progressivo e potencialmente irreversível, conduziu a uma cirurgia como primeira opção terapêutica, enquanto no segundo caso, dadas as condições clínicas (idade e a existência de paraplégia), foi decidido manter a doente em seguimento em consulta externa. ■

Bibliografia

- Heyd R, Strassmann G, Filipowicz et al. Radiotherapy in vertebral hemangioma. *Rontgenpraxis* 2001;53(5):208-220.
- Douglas Guedes de Castro, Renato Pierre Lima, Maria Aparecida Conte Maia et al. Hemangioma vertebral sintomático tratado com radioterapia exclusiva. *Radiol Bras* 2002;35(3):179-181.
- Linville DA. Other disorders of Spine. In Canale ST. *Campbell's Operative Orthopaedics*, 10th Edition, Mosby November 2002: 2061-2127.
- Ana Rita Cardoso, Cristina Gonçalves, Edgar Pereira. Hemangioma de um arco costal: um diagnóstico raro. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna* 2005;4(12):235-238.
- Reginaldo P. Oliveira, Nilson R. Rodrigues, Alexandre F. França e tal. Relato de quatro casos de hemangioma de coluna vertebral com evolução atípica. *Bras Ortop* 1996;2(31):119-124.
- Templin CR, Stambough JB, Stambough JL. Acute spinal cord compression caused by vertebral hemangioma. *Spine J* 2004;4(5):595-600.
- Sainani NI, Pungavkar AS, Patkar DP et al. Múltiplos hemangiomas envolvendo a coluna vertebral. *Acta Radiol* 2005 Aug;46(5):510-513.
- Ahlhelm F, Schult-Altedorneburg G, Naumann N e tal. Imaging of extradural spinal lesions. *Radiology* 2006;46(12):1035-1043.
- Bandiera S, Gasbarrini A, De Iure F et al. Symptomatic vertebral hemangioma: the treatment of 23 cases and a review of the literature. *Chir Organi Mov* 2002;87(1):1-15.
- Shah KC, Chacko AG. Extensive vertebral hemangioma with cord compression in two patients: review of the literature. *Br J Neurosurg* 2004;18(3):250-252.
- Brunot S, Berge J, Barreaux X et al. Long term clinical follow up of vertebral hemangiomas treated by percutaneous vertebroplasty. *J Radiology* 2005;86(1):41-47.