



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HEMANGIOLINFANGIOMA, REPORTE DE UN CASO Y
REVISIÓN DE LA LITERATURA. DEPEI. FO. UNAM. 2013.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

VERÓNICA IVONNE GÓMEZ ONTIVEROS

TUTOR: Dr. JAVIER PORTILLA ROBERTSON

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEDICATORIA

Hoy se cumple una meta más donde están presentes todas las personas que formaron parte de este proyecto, mis padres Francisco Javier y María del Carmen a quien agradezco infinitamente por creer en mí, su apoyo y estar de acuerdo en mis decisiones ya fueran buenas o malas, a mi hermano Francisco Abel por formar parte de este proceso y ser parte de mi aprendizaje, a mi familia en general que ha estado pendiente de mis logros, que me ha apoyado incondicionalmente y que se ha preocupado por mí en todo momento. También agradezco a esas personitas que ya no se encuentran aquí pero que tenían toda esa fe en que algún día me verían siendo una profesional.

A mi hijo Leonardo Matias a quien le dedico con todo corazón este trabajo ya que me ha dado las fuerzas suficientes y me ha hecho valorar el trabajo y esfuerzo que han hecho por mí. Hijo mío así como hoy tú estás presente en esta etapa espero estar presente al término de cada meta que te propongas.

Como olvidarte a ti Roberto, que después de ser un gran amigo terminaste siendo el amor de mi vida al que amo profundamente, gracias por apoyarme en cada momento y por echarme porras para continuar con cada sueño que tengo y hacerlo realidad.

Amelia C. y Judith J. que hubiera hecho sin ustedes, gracias por su apoyo incondicional y sus palabras de aliento, espero agradecerles algún día todo lo que hicieron por mí, solo hay una palabra con las que las puedo llamar y esa es AMIGAS.



AGRADECIMIENTOS

Le doy las gracias al Dr. Javier Portilla R, por su invaluable ayuda, por sus conocimientos y tolerancia.

Hay personas que dejan huella, personas que son un ejemplo a seguir y usted Mtro. Daniel Quezada R, es uno de ellos, gracias por darme la oportunidad y la dicha de aprender en aspecto profesional como personal.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de pertenecer a la Facultad de Odontología y brindarme todos los conocimientos necesarios para ser un buen profesional.



Índice

1.- Introducción	5
2.- Antecedentes	6
3.-Definición	8
4.-Clasificación	11
5.-Aspectos Clínicos	14
6.- Diagnósticos Diferenciales.....	17
7.- Tratamiento	18
7.1 Cirugía.....	19
7.2 Inyección de agentes esclerosantes	20
7.3 Crioterapia	21
7.4 Embolización	22
7.5 Corticoides.....	22
7.6 Láser de colorante pulsado.....	24
8.- Presentación del caso	26
8.1 Tratamiento	30
9.- Resultados.....	36
10.- Discusión	38
11.- Conclusiones.....	39
12.- Referencias bibliográficas.....	40
13.- Referencias bibliográficas de imágenes.....	44
Imágenes.....	44
Fotografías	45
Anexos	



1.- Introducción

Las anomalías vasculares son lesiones benignas que se forman por diversas alteraciones durante el desarrollo embriológico, están presentes desde el nacimiento a veces no visibles hasta pasadas semanas o meses, se dividen en dos grupos: tumores y malformaciones, diferenciándose mediante una historia clínica exhaustiva y exámenes complementarios. Los hemangiomas son los más frecuentes, están presentes desde el nacimiento, tienen una evolución hasta los 10 o 12 meses y posteriormente involucionan progresivamente entre los 10 y 12 años, afectando más al sexo femenino. Se clasifican en superficiales, profundos y compuestos.

Según la clasificación de la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA), las malformaciones vasculares se dividen de acuerdo al tipo de vaso afectado: capilares o venulares, venosas, linfáticas, arteriovenosas y combinadas o complejas. Cada una puede presentar características hemodinámicas y clínicas diferentes.

Cuando estas malformaciones tienen un acumulo de conductos o quistes linfáticos se les denomina linfangiomas. Suelen ser múltiples vesículas translúcidas a nivel mucoso ó cutáneo describiéndolas clínicamente como en forma de “huevos de rana”. Se localizan con más frecuencia en cabeza y cuello (90%) y en el resto del cuerpo el (10%).

Los hemangiolinfangiomas son malformaciones congénitas, caracterizados por afectar los vasos sanguíneos y linfáticos. Se presentan en la infancia, localizándose la mayoría en el área de cabeza y cuello. Se ha relacionado su etiología con un desarrollo embriológico anómalo del sistema linfático y vascular. Su tratamiento definitivo es quirúrgico, teniendo también opciones terapéuticas más conservadoras con resultados muy satisfactorios.



Su localización más frecuente es en los dos tercios anteriores de la lengua, ocasionando macroglosia, dificultad en el habla y deglución.

El propósito de este trabajo es realizar una revisión de la literatura y la presentación de un caso clínico de malformación vascular y linfática, tratado conservadoramente en la Clínica de Medicina Bucal de la DEPeI FO. UNAM.

2.- Antecedentes

Con los inicios de histopatología en el siglo XIX, al conjunto de todas las malformaciones vasculares se les denominaba “angiomas”, termino erróneo pues no distinguía la patogenia, características histopatológicas y su pronóstico. ^(1,2)

Lesiones del tipo hemangiomatoso fueron descritas por Plinio el Viejo en su “Historia Natural” en los primeros decenios del Siglo I de nuestra era. También Galeno (130-200) y Ambrosio Paré (1.509-1.590) describieron con detalle estas lesiones. Pero fue Virchow (1821-1902) quien primero describió la anatomía patológica de estas malformaciones vasculares. ⁽³⁾

En 1828 Redebacher hace la primera descripción de linfangioma. Posteriormente en 1843 Wernher hizo la descripción y le dio el nombre de linfangioma quístico. ^(3,4)

En 1901, Sabin propone y se acepta la teoría de su origen en el sistema linfático. Bill y Summer describieron los tres patrones de linfangioma según el tipo de dilatación del vaso linfático: el capilar, el cavernoso y el quístico (higroma quístico). ⁽³⁾

Lister y Camb publicaron en 1938 un artículo sobre la evolución natural de los hemangiomas y defendieron el principio de “*Watchful waiting*” (espera vigilada).⁽⁵⁾

Waner y Suen añadieron dos modificaciones en la clasificación de Mulliken; al considerar erróneo el término malformaciones arterio-venosas, sugieren el de malformaciones capilares, ya que es en el lecho capilar donde se producen las pequeñas uniones arterio-venosas.⁽²⁾



Imagen 1⁽¹⁾

Mulliken, Glowacki y Young (1982; 1988), en su libro clásico “*Vascular Birthmarks*” hicieron la clasificación hasta la fecha más aceptada. Se basaron en la evolución natural y en las características endoteliales de estas lesiones y las dividieron en^(1,2):

1. Hemangiomas.
2. Malformaciones vasculares
3. Lesiones mixtas.

3.-Definición

Hemangioma

Son lesiones vasculares benignas que se localizan en piel y mucosas, pueden tener una evolución lenta y posteriormente estabilizarse pudiendo estar presentes toda la vida o involucionar gradualmente o tener una evolución continua y gradual. (1, 2, 6, 7, 8, 9,10)

Los hemangiomas se evidencian en recién nacidos, tienden a desaparecer en los primeros años de vida (hemangiomas planos), algunos autores refieren que estas malformaciones vasculares se forman desde el periodo perinatal. Clínicamente son visibles, planos y/o elevados al tacto, histológicamente se dividen en cavernoso y capilar. (1, 2, 7, 8,11)

En cavidad bucal su coloración puede ser azul, rojiza o amoratada, la mayoría se presentan en la lengua, son nodulares y elevados. (1, 2, 5, 6, 7, 8, 10)



Imagen 2⁽²⁾

Hemangioma de tipo cavernoso en el margen derecho de la lengua, existía ya desde el nacimiento y ha aumentado con el paso de los años. Alterando ligeramente el habla

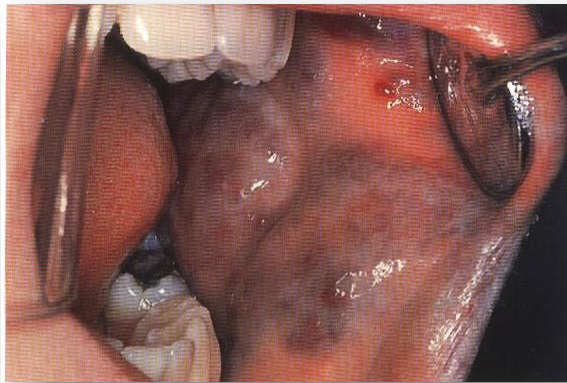


Imagen 3⁽³⁾

Hemangioma congénito de la mucosa yugal izquierda, color azul-violeta.

Linfangioma

Son lesiones tumorales benignas constituidas por proliferaciones del sistema linfático. ^(12, 13, 14) Se presentan con mayor frecuencia en la niñez y son congénitos, observándose desde el periodo perinatal, sin predisposición por el sexo ^(15, 16, 17, 18) teniendo una incidencia del 6% en los tumores benignos infantiles. ⁽¹⁹⁾

En cavidad bucal se encuentra principalmente en lengua ocupando los dos tercios de un aspecto nodular amarillento y blando a la palpación, siendo el labio el segundo sitio en incidencia. ^(12, 13, 15, 16)

En el cuello se conoce como Higroma Quístico pudiendo tener gran tamaño, son frecuentes en los primeros años de vida en ocasiones involucrando los planos faciales dificultando la cirugía. ^(12, 13, 15, 16, 20,21)

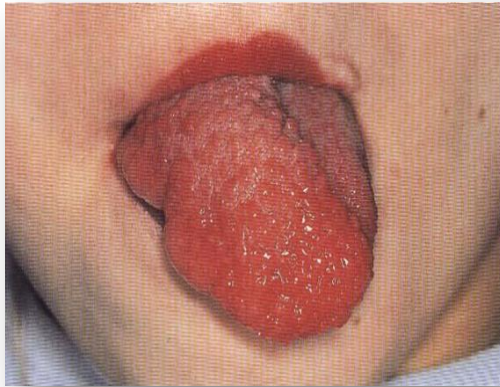


Imagen 4⁽⁴⁾

Linfangioma cavernoso, difuso y superficial. La superficie lingual muestra múltiples evaginaciones nodulares y blandas que se asemejan a las papilas fungiformes.

Hemangiolinfangioma

Los hemangiolinfangiomatosos son malformaciones constituidas de vasos sanguíneos y linfáticos. Las áreas más frecuentes son en cabeza y cuello, especialmente en los dos tercios anteriores de la lengua, dando como resultado macroglosia, dificultad en el habla y deglución. La macroglosia en una etapa muy avanzada conduce a problemas respiratorios pudiendo provocar apnea del sueño por compromiso de las vías aéreas superiores y rara vez dando como resultado la muerte por asfixia. El Hemangiolinfangioma se debe tratar en etapas muy tempranas para evitar complicaciones graves. No tiene predisposición por el sexo, son frecuentes en la infancia. ^(5, 14)

4.-Clasificación

Waner y Suen se basaron en la clasificación de Mulliquen y Glowacki ^(1, 2, 22) Tabla 1, ellos consideraban que el termino de malformaciones arterio-venosas estaba incorrecto y proponen el termino de malformaciones capilares, explicando que es en el lecho capilar, como ya se mencionó donde se originan las uniones arterio-venosas.

La clasificación de Warner y Sue fue posteriormente modificada por Mulliken y Young y en 1996 fue adoptada por la International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA), hoy considerada clásica con mínimos cambios ^(1, 23) [Tabla 2].

Clasificación de lesiones vasculares congénitas de Mulliken y Glowacki (modificada por Waner y Sue)
HEMANGIOMAS
MALFORMACIONES VASCULARES
Capilares
Venulares
Venosas
Linfáticas
Arteriovenosas
Mixtas
Veno-linfáticas
Veno-Venulares

Tabla 1 ^(1,2)

Clasificación modificada de la ISSVA de las anomalías vasculares (Roma, 1996).
TUMORES
HEMANGIOMAS
Superficiales(hemangiomas capilares o en fresa)
Profundos (hemangiomas cavernosos)
Mixtos
Otros
Hemangioendotelioma Kaposiforme
Angioma en penacho
Hemangiopericitoma
Hemangioendotelioma
Glomangiomas
Granuloma piogénico
Sarcoma de Kaposi
Angiosarcoma
MALFORMACIONES VASCULARES
SIMPLES
Capilares (C) (mancha en vino de Oporto, nevus flammeus)
Venosas (V)
Linfáticas (L) (linfangioma, higroma quístico)
Arteriales (A)
COMBINADAS
Fístula arteriovenosa (AVF)
Malformación arteriovenosa (AVM)

Tabla 2^(1,2)

Puig S , Aref H , Chigot V , Bonin B , F Brunelle ⁽¹⁾ han hecho una clasificación en cuanto a la localización anatómica de las lesiones vasculares y las características hemodinámicas.

Así las malformaciones las dividen en 4:

- ✚ Malformaciones aisladas sin drenaje periférico
- ✚ Malformaciones que drenan en venas normales
- ✚ Malformaciones que drenan en venas displásicas
- ✚ Ectásicas venosas



Para definir las características hemodinámicas de la lesión se recomendaba hacer una flebografía ⁽¹⁾ que consiste en inyectar un medio de contraste que es una sustancia radiopaca que no permite el paso de los rayos X, después se realiza una serie de radiografías y permite ver el llenado de los vasos, visualizando los vasos anómalos; aunque en la actualidad se prefiere realizar una angiografía computarizada (CT).

Los linfangiomas de cabeza y cuello se clasifican de la siguiente manera:

Clasificación de linfangioma de cabeza y cuello en base a la propagación anatómica por De Serres L.M.

1. Etapa / clase I - lesiones unilaterales de infrahioideos
 2. Etapa / clase II - lesiones Bilateral de suprahioideos
 3. Etapa / clase III - lesiones unilaterales de suprahioideos o infrahioideos
 4. Etapa / Clase IV - lesiones bilaterales de suprahioideos
 5. Etapa / Clase V - lesiones bilaterales de suprahioideos o infrahioideos
 6. Etapa / Clase IV - lesiones bilaterales de infrahioideos
-

Tabla 3 ⁽³⁾

Ricciardelli LJ y Richardson MA, demostraron que los linfangiomas suprahioideos tienen significativamente más alta la tasa de recurrencia que los linfangiomas infrahioideos. ⁽⁴⁾

5.-Aspectos Clínicos

Los hemangiomas son tumores o malformaciones que se presentan en el periodo neonatal desarrollándose en la niñez. En cavidad bucal se observan como una masa blanda, lisa o lobulada, sésil o pedunculada y en tamaños que van desde unos milímetros a varios centímetros. ^(10, 24) El color varía desde azul, rojizo o amoratado, en ocasiones puede ocurrir hemorragia de forma espontánea o después de un traumatismo menor, ^(24, 25, 26) si se ejerce vitro-presión se hace blanquecina la zona [Fotografía 1]. ⁽²⁵⁾



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 344-13
Fotografía 1**

Además de presentarse en los dos tercios anteriores de la lengua también se observan en labios, mucosa palatina, encías y glándulas

salivales sin excluir también la presencia en hueso de los maxilares. (9, 24, 25, 26, 27, 28)

Características clínicas de los Hemangiomas

- ❖ El 50% con mínima expresión al nacimiento (teleangiectasia, mácula, equimosis).
- ❖ Consistencia blanda y caliente al tacto.
- ❖ Más frecuente en niñas (3-5/1).
- ❖ Presentes en prematuros con menos de 1500grs en un 30%.
- ❖ Complicaciones: ulceración, hemorragia, oclusión, insuficiencia cardíaca, coagulopatía.
- ❖ Resolución espontánea del 90% a los 10 años.

TABLA 4 ⁽⁴⁾

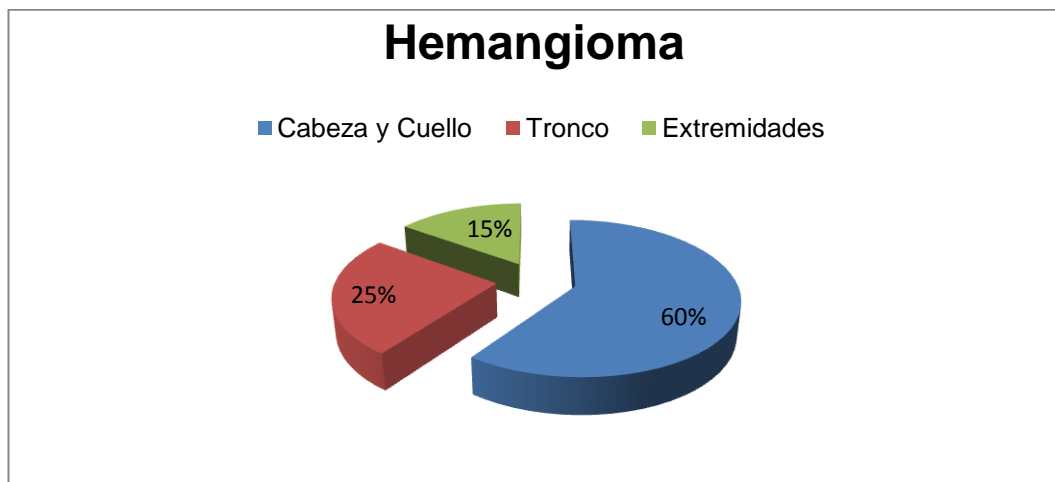


TABLA 5 ⁽⁵⁾

Los linfangiomas son malformaciones benignas de cabeza y cuello, se caracterizan por presentar nódulos blandos del color de la mucosa sana teniendo forma de “huevos de rana o racimo de vesículas translúcidas” o bien con una tonalidad azulada, (15, 16, 29) en ocasiones presentan color amarillento o rojizo, en cuanto a su tamaño puede variar ya que algunos miden escasamente milímetros y otros pueden ser grandes lesiones deformantes.

En cavidad oral no presenta sintomatología. La localización más común de estos es en lengua, paladar, mucosa bucal, encías y labios. Son más frecuentes en los dos tercios de la lengua, a menudo presentan macroglosia, siendo la parte dorsal anterior la más afectada. (15, 17, 29, 30)

Las lesiones pequeñas son silentes por más tiempo, y se exacerban por un traumatismo, una hemorragia intralesional, infección o algún cambio hormonal. (1, 2, 15)

Algunas lesiones tienden a involucionar, por lo que retrasa el tratamiento hasta la edad de 10 años aproximadamente. También pueden confundirse con hemangiomas subcutáneos, estos siguen su curso natural y no requieren tratamiento. (1)

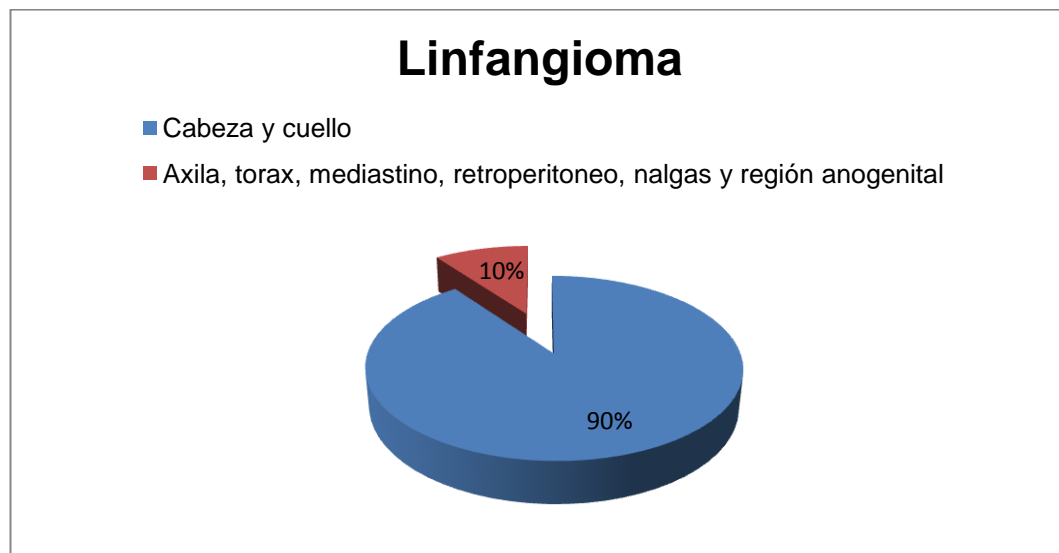


TABLA 6 ⁽²⁾



6.- Diagnósticos Diferenciales

Los linfangiomas pueden estar asociados con algunos síndromes como: síndrome de Turner, de Noonan, de alcoholismo fetal y trisomías 13, 18 y 21. (13, 15, 16, 19, 31)

Diagnósticos diferenciales en cavidad bucal son: quiste tirogloso, masa tiroidea, lipoma, neurofibroma, tumores de glándulas menores, angioma, hiperplasia fibrosa, malformaciones vasculares, hemangioma cuando la lesión posee un componente capilar significativo y mucocelos. (16, 17, 29)

Los hemangiomas se asocian a algunos síndromes que se muestran en la Tabla 7.

Los diagnósticos diferenciales del hemangioma en cavidad bucal son: granuloma piógeno en encía, epulis granulomatoso e incluso carcinoma de células escamosas. (11, 32)

Malformaciones Vasculares Sindrómicas

Anomalías capilares:

- ❖ Síndrome de Sturge-Weber
- ❖ Síndrome de Van Lohuizen
- ❖ Enfermedad De Rendu-Osler-Weber
- ❖ Ataxia telangectasia o síndrome de Louis Bar
- ❖ Síndrome de Divrye-Van Bogaert
- ❖ Enfermedad de Fabry

Malformaciones venosas:

- ❖ Síndrome de Bean
- ❖ Síndrome de Maffucci
- ❖ Glomangiomatosis familiar múltiple

Malformaciones arteriovenosas:

- ❖ Síndrome de Parkes- Weber
- ❖ Síndrome de Bonnet Dechaume y Blanc
- ❖ Síndrome de Cobb

Malformaciones linfáticas:

- ❖ Síndrome de Gorham

Síndromes combinados de las extremidades:

- ❖ Síndrome de Klippel- Trenaunay
- ❖ Síndrome de Servell- Martorell

TABLA 7⁽⁶⁾

7.- Tratamiento

El tratamiento de los linfangiomas depende de varios factores como son el tamaño, los tejidos, las estructuras anatómicas involucradas. Las lesiones que suelen ser microquísticas son difíciles de erradicar, al contrario de las lesiones macroquísticas que son localizadas y se pueden extirpar con facilidad. (17, 29,30, 31 ,33)

Las propuestas terapéuticas incluyen diversos procedimientos que se muestran en la Tabla 8.

Tratamiento de los Linfangiomas

- ❖ Extirpación quirúrgica completa.
- ❖ Escisión quirúrgica parcial.
- ❖ Inyección de agentes esclerosantes (isodine, alcohol, tetraciclina, ciclofosfamida, solución salina hipertónica, etc.)
- ❖ Corticoides
- ❖ Cirugía de electrocoagulación
- ❖ Crioterapia
- ❖ Embolización
- ❖ Administración de esteroides
- ❖ Láser
- ❖ Cauterización

TABLA 8

Para los hemangiomas y linfangiomas se sugiere el mismo tratamiento a continuación se describen los más utilizados en la actualidad.

7.1 Cirugía

En los linfangiomas se suele realizar quirúrgicamente resección completa, dando un resultado exitoso en lesiones pequeñas y bien localizadas.

El tratamiento quirúrgico de los linfangiomas no está exento de complicaciones y recidivas. Es necesario definir el compromiso anatómico, y realizar una resección tan completa como sea posible sin lesionar estructuras vitales. Posterior a la resección es indispensable el drenaje prolongado.

Las complicaciones postoperatorias son formación de hematomas y celulitis.

En los hemangiomas la cirugía es exitosa cuando son lesiones pequeñas y bien localizadas, en lesiones grandes o extensas, pueden ser necesarias varias cirugías o tratamiento con corticoides.



7.2 Inyección de agentes esclerosantes

La escleroterapia consiste en inyectar una sustancia para inducir inflamación y trombosis en la lesión provocando eliminación y/o disminución de la lesión. Debe tenerse cuidado en prevenir que la sustancia esclerosante permanezca en la lesión y no pase a la corriente principal vascular para evitar lesiones de embolia o colapso cardiovascular. ⁽²³⁾

En 1902 Wyeth fue el primero en utilizar agua caliente. Posteriormente varios autores han citado que la terapia con agentes esclerosantes es un tratamiento conservador, cuando la lesión es grande provoca una disminución en su tamaño simplificando la cirugía e inclusive su eliminación completa. ⁽⁷⁾

La escleroterapia consigue obliteración de los canales linfáticos. El éxito depende del agente esclerosante empleado. Los mejores resultados se obtienen en las lesiones macroquísticas uniloculares, luego en las multiloculares, y en menor grado en las masas linfangiomatosas microquísticas. Los agentes esclerosantes más empleados son etanol, ethibloc, tetradecilsulfato de sodio al 1%, OK432 y doxiciclina.

Winter y col. en el año 2000 demostraron la eficacia de la escleroterapia en hemangiomas, utilizando polidocanol en adultos con seguimiento de 20 años, donde obtuvieron excelentes resultados en las lesiones tratadas durante ese tiempo. ⁽⁷⁾

Al aplicar la primera terapéutica intralesional con polidocanol los pacientes referían diferentes manifestaciones a los pocos minutos de infiltración. ⁽⁷⁾ Tabla 9.

Manifestaciones posteriores a la térapeutica intralesional

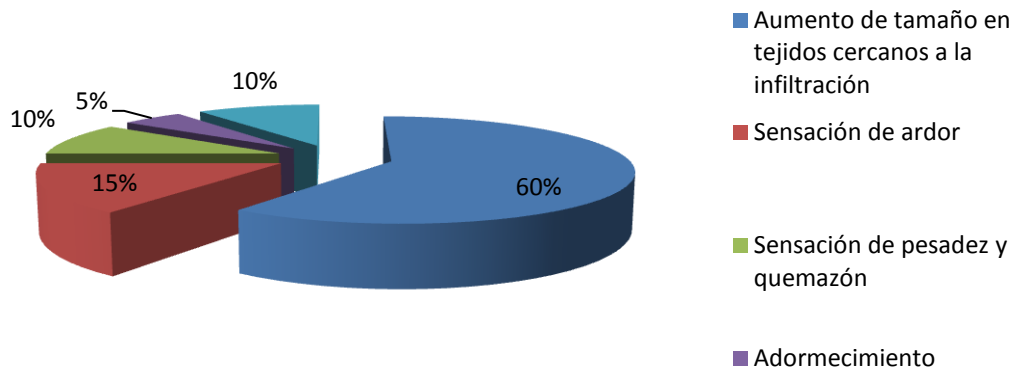


Tabla 9 ⁽⁷⁾

Los datos descritos Tabla 9 fueron similares a los estudios realizados por Mikow y col, 1979; Zambrano en 1984; Seccia y Salgarello, 1991; Conrad y col, 1995; Jiménez y col, en el 2000; Jiménez, 2003. ⁽⁷⁾

7.3 Crioterapia

Se utiliza un dispositivo que funciona a -32°C mediante un aplicador con temperatura constante sobre la lesión. ⁽⁵⁾

Se realiza cuando las lesiones se localizan en el labio o en la mucosa bucal, es una técnica poco usada ya que los principales inconvenientes son el intenso dolor, las cicatrices que se producen, atrofia cutánea y pigmentación. ^(5, 32)



7.4 Embolización

Consiste en introducir sustancias en la circulación para ocluir vasos, controlar hemorragias y reducir el flujo de sangre de una malformación arteriovenosa.

Es un procedimiento poco usado en hemangiomas superficiales y es la segunda elección a seguir en hemangiomas de gran tamaño. ^(5, 32)

Entre los materiales empleados para se incluyen los espirales de platino, el etanol, el alcohol de polivinilo (PVA), las microesferas de plástico, los tapones vasculares y la esponja de gelatina (Gelfoam).

Las complicaciones incluyen embolización distal en otros órganos y necrosis cutánea. ^(5, 32)

7.5 Corticoides

Si la lesión del linfangioma es profunda se tiende a tratar con corticoides por vía oral o intralesional. Los esteroides actúan como agentes antiinflamatorios, reduciendo el tamaño del linfangioma, se utilizan durante el ciclo de crecimiento lento y pueden inyectarse localmente cuando son pequeños y localizados.

En zonas como la lengua, región submaxilar y cuello la utilización de un agente esclerosante debe ser como primer tratamiento y la evolución determinara si se continua con el tratamiento o se prosigue con la cirugía.

- **Sistémicos**

Son el tratamiento principal para hemangiomas de gran tamaño o en pacientes de riesgo. ^(32, 34)



Cabe resaltar que el tipo de corticosteroide, su dosis, y la frecuencia de administración se basa en la experiencia de clínica. Se recomienda una dosis inicial de 2 a 3 mg/kg/día de prednisona o prednisolona, administrada una vez al día, por la mañana. La dosis más recomendada es de 3 mg/kg/día, aunque se indican dosis aún más elevadas en casos graves, por ejemplo aquellos con compromiso de la vía aérea. A las tres semanas del inicio del tratamiento comienza una reducción de dosis durante 4 a 8 semanas. ⁽⁵⁾

Uno de los efectos adversos que suele aparecer en el primer o segundo mes del tratamiento es el síndrome de Cushing, ^(32, 34) así como insomnio, irritabilidad, retardo en el crecimiento y síntomas gastrointestinales. ⁽³⁴⁾

- **Intralesionales**

La indicación de corticoides intralesional está limitada, se recomienda en lesiones pequeñas bien delimitadas y de componente profundo. La mayoría de los tratamientos necesitan por lo menos 5 inyecciones con periodos de intervalo de 6 semanas. La lesión del hemangioma suele disminuir en la segunda semana tras la primera infiltración. ^(5, 32)

Zambrano en 1984 menciona que se emplea anestesia local antes de la aplicación intralesional, ya que con el efecto vasoconstrictor ayuda al tiempo de acción del agente esclerosante y evita el dolor. ⁽⁷⁾



7.6 Láser de colorante pulsado

Trata las lesiones vasculares benignas cutáneas mediante el principio de fototermocoagulación selectiva. Responden mejor al tratamiento en los niños, donde hay un predominio de vasos inmaduros. El tratamiento se tolera bien sin anestesia, aunque en los niños pequeños se puede precisar sedación; suelen ser necesarias más de 10 sesiones.

Los láseres de CO₂ (dióxido de carbono) y de YAG se utilizan con la finalidad de cicatrizar superficialmente y minimizar el drenaje del linfangioma.

El laser de CO₂ da buenos resultados en el tratamiento de linfangiomas superficiales, se utiliza más en la región de cabeza y cuello, especialmente cuando hay obstrucción de las vías respiratorias.

Aunque se desarrolló para el tratamiento de los hemangiomas planos o manchas en forma de “vino de Oporto” (Sturge-Weber) también pueden ser efectivos en el tratamiento de los hemangiomas capilares, sobre todo cuando son lesiones iniciales, en las primeras semanas de vida.

En hemangiomas de gran tamaño queda en uso secundario ya que se recomienda primero el uso de corticoides sistémicos. ^(5, 8, 32)

Asimismo, se utiliza en el tratamiento de hemangiomas ulcerados, en cualquier fase de su desarrollo, mostrándose eficaz en acelerar la curación de la úlcera y disminuir el dolor asociado, así como el sangrado e infección secundarios. ^(5, 8, 32)

Los efectos secundarios son escasos, describiéndose de forma aislada ampollas, costra, dolor, hipopigmentación residual, granulomas



piogénicos o cicatrices. Las telangiectasias residuales se tratan con muy buenos resultados.

Tratamiento de los Hemangiomas

- ❖ Corticoterapia Oral: Prednisona 2-3 mg/kg/día
6-8 semanas, con reducción progresiva en 4 semanas.
- ❖ Corticoterapia intralesional: trimcinolona 3-5 mg/kg
Inyección. 2-3 inyecc. Cada 4-6 semanas bajo anestesia.
- ❖ Interferón alfa 2^a o 2b: inyección subcutánea diaria: 3 mill. Unidades/m² s.c.
- ❖ Embolización terapéutica v arterial.
- ❖ Láser pulsado decolorante en hemangiomas superficiales.
- ❖ Cirugía tardía para secuelas o precoz en complicaciones.

TABLA 10⁽⁴⁾



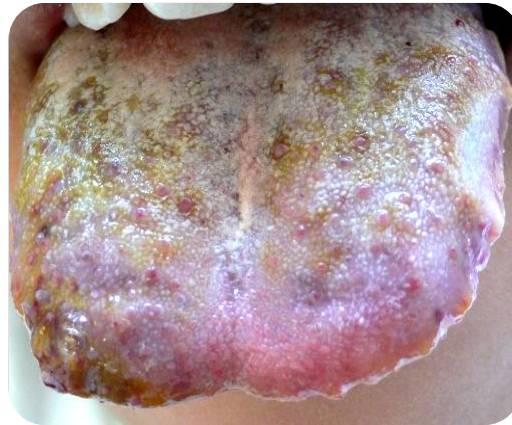
8.- Presentación del caso

HISTORIA CLÍNICA

Paciente masculino de 9 años de edad, ingresa a Clínica de Medicina Bucal de la Facultad de Odontología del DEPEI el 03 de Abril del 2013. Se remite de la Clínica de Admisión del DEPEI FO. UNAM para su valoración. Se realiza interrogatorio indirecto.

- **Padecimiento actual** Dolor en la lengua que le limita comer, hablar y realizar la limpieza de la zona.
- **Interrogatorio por aparatos y sistemas** aparentemente sano.
- **Antecedentes heredofamiliares** Padre epiléptico y abuelo diabético
- **Antecedentes personales patológicos** es alérgico a los ácaros.
- **Exploración extraoral** paciente normocefálico que representa su edad, negativo a la palpación de ganglios.

Exploración intraoral Aumento de volumen en los dos tercios anteriores de la lengua y bordes laterales, en la parte anterior y posterior hay presencia de nódulos que tienen una coloración azul-violácea y amarilla y la presencia de una úlcera que se encuentra en la punta de la lengua del lado derecho. El paciente presenta dolor y sangrado espontáneo al momento de la consulta [*Fotografía 2 y 3*].



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 2**



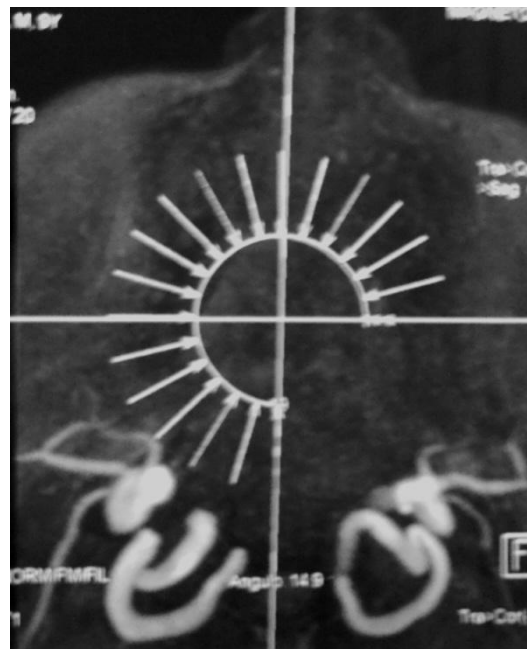
**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 3**

En piso de boca y parte ventral hay zonas azul-violáceas, rojizas y amarillas. Las venas linguales no se observan con claridad, al movimiento y contacto con los órganos dentarios sangran las lesiones que se encuentran en el borde de la lengua del lado derecho [Fotografía 4].

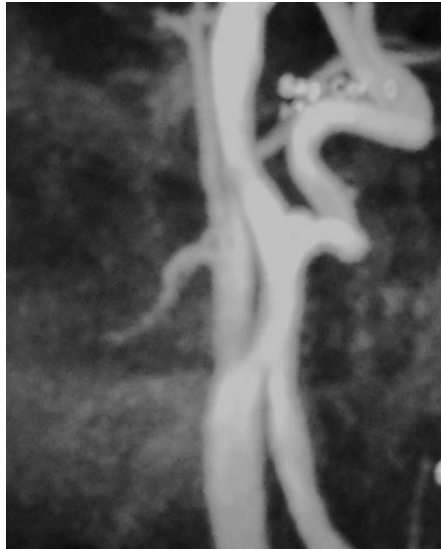


**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 4**

Se manda a realizar una angiografía con resonancia magnética para corroborar el diagnóstico [Fotografía 5, 6, 7].



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 5**



***Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPeI. PB 223-13
Fotografía 6***



Fotografía 7

Se emite diagnóstico clínico de Hemangiolinfangioma y se decide dar tratamiento intralesional con corticoides.

Se prescribe:

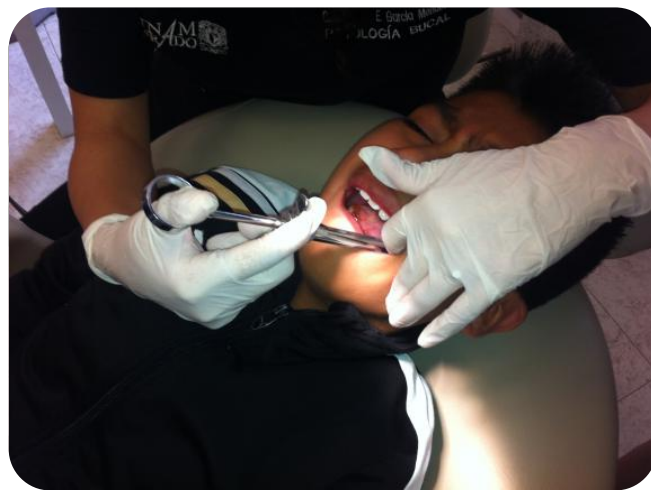
Alin Depot ® (Fosfato Sódico de Dexametasona). Solución Inyectable.

6 ampolletas

8.1 Tratamiento

17 de Abril del 2013

Previa anestesia regional bilateral (lidocaína con epinefrina) [Fotografía 8] se administra intralesionalmente 1 ml de dexametasona de 4mg [Fotografía 9]. Se da cita en una semana para revisión.



*Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 8*



*Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 9*

24 de abril del 2013

A la semana siguiente, la lesión disminuyó de tamaño, se observa de color azul-morado y enrojecimiento [Fotografía 9 y 10].

Se da cita el 2 de mayo para infiltración.

Se prescribe Acetonido de Triamcinolona



***Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 9***



*Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 10*

2 de Mayo del 2013

Se aplica 1ml de Acetonido de Triamcinolona en vientre lingual, se cita en 15 días para control y se toman fotos.

En la fotografía 11 del lado derecho se observa en la punta la lesión en menor proporción que la fotografía inicial, donde hay coloración amoratada y amarilla, en el borde lateral izquierdo como derecho y en los dos tercios anteriores vemos que resaltan papilas de color rojizo.

En la fotografía 12 se observa en la parte inferior y el dorso en donde se encuentran lesiones rojizas y amarillas.

En la fotografía 13 en la superficie dorsal aun se observa un vaso dilatado y anfractuso que va de color violeta a rojo.



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPeI. PB 223-13
Fotografía 11**



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPeI. PB 223-13
Fotografía 12**



***Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 13***

22 de mayo del 2013

En la fotografía 14, 15 y 16 la lesión no es observable, la lengua tiene un aspecto normal.



***Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 14***



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 15**



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 16**

9.- Resultados

El resultado obtenido en el caso fue favorable.

Dos meses después de la última consulta el paciente presenta una lengua de aspecto normal, habiéndose eliminado también las molestias referidas anteriormente (dolor, sangrado, dificultad para comer, hablar y realizar la limpieza) [Fotografía 17,18 y 19].



*Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 17*



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 18**



**Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPel. PB 223-13
Fotografía 19**



10.- Discusión

Actualmente existen varios procedimientos para tratar linfangiomas y hemangiomas.

En el caso clínico de Hemangiolinfangioma por tener los dos componentes se optó por usar un tratamiento conservador en el que se utilizó corticoides intralesionales ya que ambas patologías refieren tener buen pronóstico con este medicamento.

El uso de corticoides hace que disminuya la lesión o incluso se elimine completamente, así evitándole al paciente un procedimiento quirúrgico.

Se decide administrar 4mg de Dexametasona en las primeras infiltraciones y posteriormente 1ml de Acetonido de Triamcinolona. Aunque Lloret P. en su artículo dice que hay que mezclar los dos medicamentos para tener mejores resultados que son Acetonida de triamcinolona 10-40 mg/mL con dexametasona 4 mg/ml. En el artículo de Diego García refiere que este tratamiento tiene complicaciones ya que al utilizar triamcinolona puede provocar necrosis en el área de la infiltración.

Se han descrito y publicado numerosos artículos sobre los tratamientos conservadores alternativos al quirúrgico, algunos con muy buenos resultados pero no hay ninguno que compare los resultados del quirúrgico con lo conservador.

Entre las diferentes opciones de tratamiento resaltan el de corticoides intralesionales y los agentes esclerosantes como los más utilizados en esta patología.

En la literatura las principales ventajas de los tratamientos conservadores es que evitan la cirugía, siendo el grupo más afectado los niños.



11.- Conclusiones

Existen diferentes tratamientos para hemangiomas y linfangiomas así como su efectividad y su uso.

Se han originado varias controversias en cuanto a cuál sería el tratamiento más adecuado de esta patología, pero podemos decir que todo dependerá del tamaño de la lesión, las zonas anatómicas involucradas, la edad del paciente y el tiempo de evolución.

Los tratamientos que en la actualidad se ofrecen proporcionan alternativas no agresivas en hemangiomas y linfangiomas de gran tamaño. Cada uno presenta sus ventajas y desventajas, por tal motivo hay que realizar una historia clínica y exámenes complementarios para valorar el tratamiento más indicado.

En este caso existió la remisión total de la lesión y se dieron citas de control ya que el niño se encuentra en crecimiento y puede haber una recidiva de la lesión por el estímulo de hormonas.



12.- Referencias bibliográficas

1. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones), Características clínicas e historia natural. An. Sist. Sanit. Navar. 2004 Vol. 27, Suplemento 1 (9-25).
2. Redondo P. Malformaciones vasculares (1). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas, Actas Dermosifiliorg. 2007; 98: 141- 150.
3. Coiffman F. Tratamiento de las malformaciones venosas con alambres de cobre. Cir. Plást. Ibero-latinoam. Vol. 37 No. 2 Madrid abr-jun. 2011.
4. Stanescu L, Georgescu EF, Simionescu C, Georgescu I. lymphangioma of the oral cavity. Romanian Journal of Morphology and Embryology. 2006, 47(4):373-377.
5. Lloret P. Tratamiento médico de los hemangiomas. An. Sist. Sanit. Navar.2004.Vol.27, Suplemento 1.
6. Cabrerizo MC, Oñate RE, Romero MM. El Hemangiolinfangioma en la infancia: localización inusual. V 9 N 1 ene-feb 2004.
7. Jiménez PC. La escleroterapia en el tratamiento de los hemangiomas de los tejidos blandos de la cavidad bucal en estomatología pediátrica. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 47 N° 4/2009.
8. Battistella E, Verdú A, Rodríguez V, Simón S, Pizzi de Parra N. Hemangiomas: una revisión. Arch argent. Pediatr 2005; 103(2).



9. Rachappa MN, Triveni MN. Capillary Hemangioma or pyogenic granuloma: A diagnostic dilemma. *Contemp Clin Dent*. 2010 Apr; 1(2): 119-22.
10. Jeddy N, Pradha DJ, Palanivelus, Ramamoorthy A. A giant compound hemangioma of lower lip. *J oral Maxillofac Pathol*: 2012 Sep- Dec; 16(3): 438-440.
11. Gill JS, Gill S, Bhardwal A,, Grover HS. Oral haemangioma. *Case Rep Med*. 2012; 2012 Epub 2012 Feb 6.
12. Sunil S, Gopakumar D, Sreenivasan BS. Oral Lymphangioma- Case reports and review of literature. *Contemp Clin Dent*. 2012 Jan; 3 (1): 116-8.
13. Rathan JJ, Vardhan BG, Muthu MS, Venkatachalapathy, Saraswathy K, Sivakumar N. Oral Lymphangioma: a case report. *J Indian Soc Pedod Dent*. 2005 Oct-Dec; 23(4):185-9.
14. Shetty DC, Urs AB, Rai HC, Ahuja N, Manchanda A. Case series on vascular malformation and their review with regard to terminology and categorization. *Contemp Clin Dent*. 2012;3 (4): 392.
15. Chimenos KE, Escobar LEA, López LJ, Rodríguez de Rivera CME, Marques SMS, Viñals IH. Linfangioma capilar- Revisión de la literatura y reporte de un caso pediátrico. *Acta Odontológica Venezolana*. Volumen 47 N° 4/2009.



16. González HJM, Bajares K, Toca MV, Tosta MA. Linfangioma. Reporte de un caso. Revisión de literatura. ISSN: 0001-6365 Volumen 50 N°2/2012.
17. Zurita OH, Horra AS, Lopez AE. Linfangioma sublingual: Caso Clínico. Rev. Ac. Ec. ORL 2011, (7) 1: 39-42.
18. Zuñiga S, Benveniste S, Egger E, Salgado C, Artigas R, Caite R, et al. Tumores de la lengua de un niño. Rev Chil. Pediatr. 53 (1-6) :338-344.
19. Thompson LDR, Nelson LB, Gannon HF, Cassanno D, Wening MB, Müller S, et al. Diagnostic pathology. Head and neck. Amirsys. 2013. Pp. 1: 70-72, 8:46-47.
20. Sapp PJ, Eversde RL, Wysocki PG. Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology. Mosby; 2 Edition. 2003. Pp. 307- 310.
21. Portilla RJ, Aguirre MOA, Gaitán CLA. Texto de Patología Oral. Editorial El Ateneo. 1ª Edición México DF. 1989. Ediciones Armella. Pp. 42-43.
22. Henriques CP, Caldeira NCL, Batista RJAC, Ferreira de Aguiar MC, Santiago GR, Alves MR. Prevalence of oral hemangioma, vascular malformation and vari x in a Brazilian population. Braz Oral Res. 2007 Jan-Mar; 21(1):40-5.
23. Buckmiller LM, Richler GT, Suen JY. Diagnosis and management of hemangiomas and vascular malformations of the head and neck Oral Diseases (2010) 16, 405-418.



-
24. Dilsiz A, Aydin T, Gursan N. Capillary hemangioma as a rare benign tumor of the oral cavity: a case report. *Cases J.* 2009 Sep 9.
25. Bharti V, Singh J. Capillary hemangioma of palatal mucosa. *J Indian Soc. Periodontol.* 2012 Jul;16(3):475-8.
26. Hassan Im, Fakh H. Response of facial hemangioma to oral propranolol. *BMJ Case Rep.* 2009; 2009.
27. Jen YK, Cheng J, Takagi R, Takana R, Hayashi T, Saku T. Central hemangioma of the maxilla: report of a case with an exophytic growth. *Oral Oncology EXTRA (2004)* 40, 88-90.
28. Rivera LK, Nelson BL. Juvenile hemangioma of the parotid gland. *Head Neck Pathol.* 2008 Jun; 2(2):81-2.
29. Rodríguez RFJ, Báez PJM, Muriel CPJ. Linfangioma en el labio inferior: una presentación inusual. *Avances en odontoestomatología.* Vol. 24-Núm 3- 2008 (203-210).
30. Gonzaga RF, Coelho RTL, Martins BDB, Leite VFRC, Ferreira RJ. Linfangioma bucal del tipo capilar. Reporte de un caso en un paciente adulto. *Rev Cubana Estomatol.* 2007, 45 (1).
31. Bhalla AP, Mehta S, Garg R. An aesthetic monogemmet of a child poster for excision of a hemangioma of the tongue. *Singapore Med J* 2012, 53; (3): e (45).



32. Hering S, Sarmiento FGR, Valle LE. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de los hemangiomas. Rev Argent Dermatol 2006; 87:54-66.
33. Useki M, Kanda K, Kawamoto N, Ohnishi H, Fujino A, Hirayama M, et al. Propranolol as an Alternative Treatment Option for Pediatric Lymphatic malformation. Tohoku J. Exp. Med., 2013, 229, 61-66.
34. Krämer HD, Muñoz MP, Alfaro CP, Aranibar LD, Cárdenas ML, Morovic ICG, et al. Propranolol en el tratamiento de los hemangiomas de la infancia. Rev chil Pediatr 2010;81(6):523-530.

13.- Referencias bibliográficas de imágenes

Imágenes

1. es.wikipedia.org/wiki/Capilar_sanguíneo
2. Peter AR, Hans PP. Atlas de Patología Oral. Editorial Masson. 1999. Pág.86.
3. Peter AR, Hans PP. Atlas de Patología Oral. Editorial Masson. 1999. Pág.107.
4. Peter AR, Hans PP. Atlas de Patología Oral. Editorial Masson. 1999. Pág.108.



Fotografías

1. Fuente directa Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPei. PB 344-13.
2. Fuente directa. Clínica de Medicina Bucal de la F.O. del DEPei PB 223-13.

Tablas

1. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones), Características clínicas e historia natural. An. Sist. Sanit. Navar. 2004 Vol. 27, Suplemento 1 (9-25).
2. Redondo P. Malformaciones vasculares (1). Concepto, clasificación, fisiopatogenia y manifestaciones clínicas, Actas Dermosifiliorg. 2007; 98: 141- 150.
3. Stanescu L, Georgescu EF, Simionescu C, Georgescu I. lymphangioma of the oral cavity. Romano Journal of Morphology and Embryology. 2006, 47(4):373-377.
4. De Diego GEM, Fernández JI, Trugeda CMS, Sandoval GF. Hemangiomas y malformaciones vasculares. ¿Qué se puede hacer? Bol. Pediatr 2001; 41:137-143.
5. Jeddy N, Pradha DJ, Palanivelus, Ramamoorthy A. A giant compound hemangioma of lower lip. J oral Maxillofac Pathol: 2012 Sep- Dec; 16(3): 438-440.



6. Suprabha BS, Baliga M. Total oral rehabilitation in a patient with portwine stains. *J. Indian. Soc. Prev Dent.* 2005 Jun; 23(2): 99-102.

7. Jiménez PC. La escleroterapia en el tratamiento de los hemangiomas de los tejidos blandos de la cavidad bucal en estomatología pediátrica. *Acta Odontológica Venezolana.* Volumen 47 N° 4/2009.