

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F — Prof. P. Largreho Ybarz  
Hospital Pasteur — Montevideo

## HEMANGIOMA FRONTAL CONGENITO (\*)

Dr. H. Valdés Olascoaga

H. B., 25 años. Presenta desde el nacimiento tumefacción de la región frontal que crece lentamente sin ocasionar ningún trastorno hasta la edad de 2 años en que aparecen cefaleas que aumentan con el esfuerzo y con la inclinación hacia abajo de la cabeza. Es por la cefalea frontal que me consulta en marzo de 1943, comprobando entonces tumefacción mediana y vertical que se extiende desde la implantación del pelo hasta la raíz de la nariz, midiendo 3 cm. en el sentido vertical y casi 2 en el transversal. Ella es blanda, depresible, no pulsátil, sin soplo, aumenta con la inclinación de la cabeza y desaparece en posición erecta. Se comprueba igualmente que aumenta con el esfuerzo a glotis cerrada (corroborando así y explicando lo que manifiesta el enfermo en el sentido que aumenta su cefalea con el esfuerzo de defecar, de oser, estornudar, etc.).

Una vez vaciada la tumefacción por la posición en decúbito y comprimiéndola en sus dos extremos si le hacemos levantar o inclinar la cabeza, observamos que no se rellena, cosa que en cambio sucede si dejamos de comprimir uno de los polos.

Con diagnóstico de hemangioma de cuero cabelludo, procedemos a la resección, la que se efectúa con anestesia local, practicando incisión en gajo de naranja y disecando la tumoración del plano cutáneo hasta llegar al hueso comprobando que adhiere al plano óseo el que se muestra despulido y excavado. Previa ligadura de los extremos venosos, lo resecamos observando entonces cómo múltiples vasitos sangraban como gotas de rocío al través del diploe, siéndonos su hemostasis particularmente laboriosa y que logramos a expensas de mechado apretado y vendaje compresivo. El enfermo evolucionó sin incidencias siendo dado de alta a los 10 días. Siguió perfectamente bien sin que reaparecieran las cefaleas ni la tumoración durante 3 años, al cabo de los cuales vuelve a notar que la región se le tumefacta al nivel de la cicatriz operatoria y que aumenta paulatinamente de tamaño para adquirir en poco tiempo dimensiones y caracteres sensiblemente iguales a los descritos (es

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 25 de mayo de 1949.

FOTOS ANTES DE OPERARSE



Perfil izquierdo.

Se destaca la forma bilobada, en cimera de casco, de la tumoración; el extremo inferior contournea la saliente del seno frontal y termina en la raíz de la nariz.

La extremidad superior se continúa bajo los cabellos.

La cicatriz de la operación queda oculta por la tumoración.



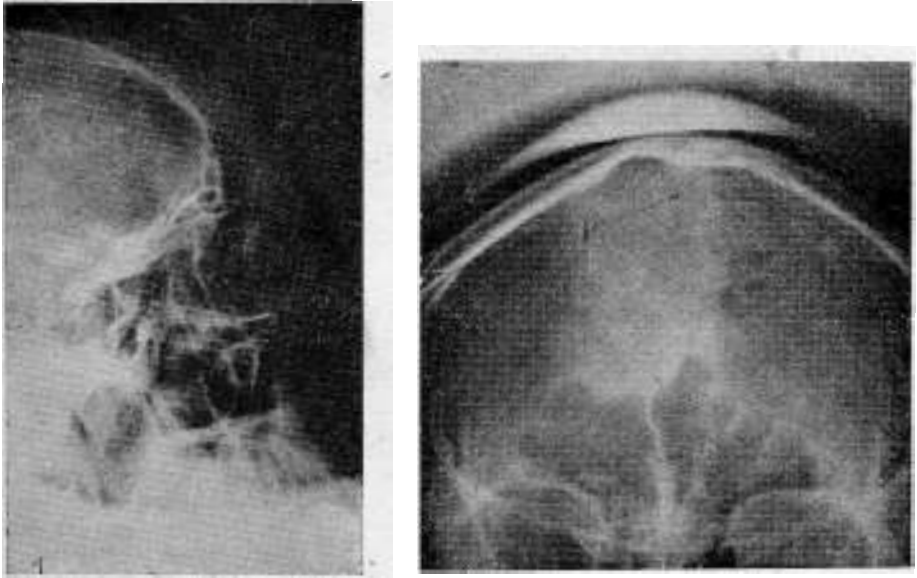
Frente.

Se observa la cicatriz de la primera operación (C) situada a derecha de la lobulación superior del tumor (T<sub>1</sub>).

La lobulación inferior (T<sub>2</sub>) está situada hacia la derecha, levanta la ceja y la vena de desagüe (que se muestra en las flebo-graffas) hace una saliente globulosa sobre el lado derecho de la raíz de la nariz (V).

decir, tumoración de consistencia blanda, depresible, sin soplo ni latido, que aumenta con el esfuerzo y que mide 8 cm. en el sentido vertical por 2 cm. de ancho, asentando sobre una superficie ósea que se aprecia excavada, granulosa, como erizada de pequeñas espículas), con el agregado de que esta vez fué dado comprobar un hecho que no existía anteriormente y es el siguiente: comprimiendo los dos polos que alimentan el hemangioma y haciéndole hacer esfuerzo o inclinar la cabeza, la tumoración se rellena lo que pone de manifiesto una más amplia comunicación intracraneana a través del diploe. (Ver fotografías).

Se solicitan: radiografía simple para ver cuál es el estado del hueso; 2º un examen de fondo de ojo para ver la posible participación del seno



R. X simples. 23-VI-1948. Osteoporosis frontal.

P. P. P. Aspecto poroso correspondiente a la penetración de los vasos que comunican las venas con el diploe.

cavernoso, y 3º una venografía que pondrá de manifiesto las comunicaciones intracraneanas.

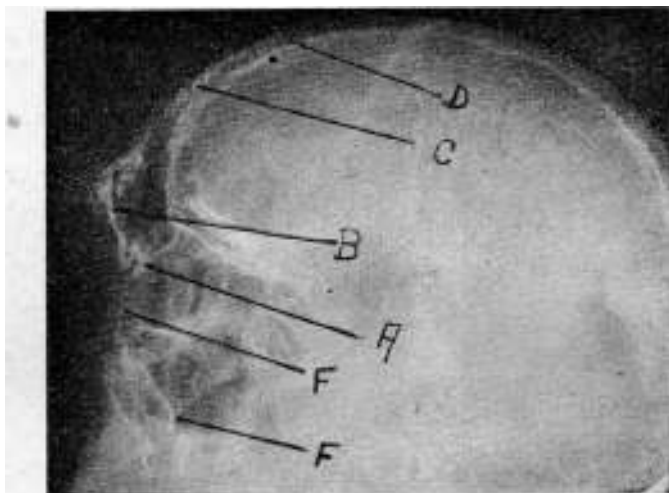
Examen de ojos. Dr. Rodríguez Barrios.

“Visión y motilidad normal en ambos ojos. Fondo de ojo: normal. No hay alteraciones de la circulación venosa en las diversas posiciones (sentado, inclinado) ni variaciones de la protrusión por lo cual cree descartar angioma orbitario. El campo visual no ofrece alteraciones. En suma por los datos oculares no se puede afirmar la participación del seno cavernoso en el proceso.”

Los exámenes de ritual normales. Particularmente Wassermann: nega-

tivo. Ningún antecedente de importancia. (El parto fué normal no hubo fórceps.

Operación: Febrero 16/49. Cirujano: Prof. Larghero. Incisión mediana longitudinal; se expone el hemangioma que se encuentra alimentado en su mayor parte por una gruesa vena que viene de la raíz de la nariz (vena preparata) y que se liga. Se disecciona el hemangioma del plano cutáneo y luego a punta de bisturí del plano óseo que está atravesado por múltiples venas comunicantes y que sangran bastante logrando la hemostasis con cera Horsley



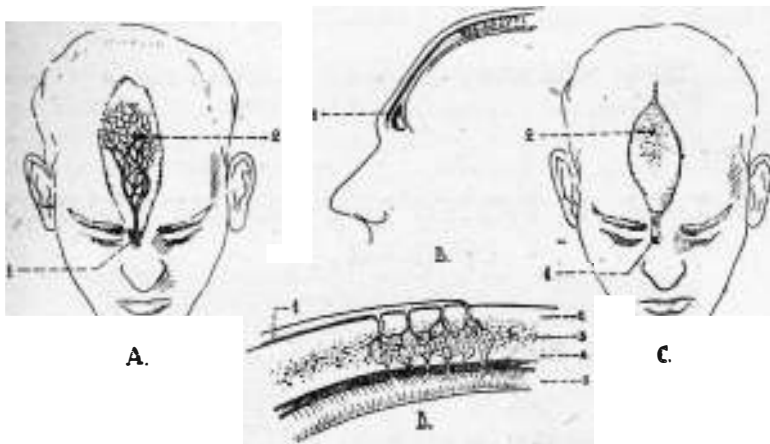
Venografía 14-VI-48 (Dres. Arana y Zerboni). Comunicación del hemangioma con los vasos endocraneanos (seno longitudinal) no sólo a través del diploe sino también a través de las venas faciales y orbitales, con el seno cavernoso.

- (A) Grueso tronco venoso colector (vena preparata) y su confluencia con la facial en la vena angular.
- (B) Superposición de troncos colectores que van a confluir en el colector de desagüe.
- (C) Zona de erosión de la tabla externa producida por los múltiples canales de comunicación.
- (D) Extensión hacia la bóveda fronto-parietal de los radículos venulares.
- (F F) La vena facial se ha visualizado.

y con pequeños tallamientos a escoplo de los orificios sangrantes. Hemostasis del plano cutáneo con electrobisturí. Curación por primera intención.

Visto por última vez en los primeros días de abril se encontraba perfectamente sin trazos de recidiva.

Examen histológico: Hemangioma venoso. Abundante pigmento hemático intersticial. Fibras de músculo estriado adherente, correspondiente al músculo frontal.



(A B) 1. Tronco venoso frontal en el que confluyen los colectores de la malla.

(C) Aspecto de la región después de la extirpación del hemangioma.

1. Muñón de la vena de desagüe.

2. Superficie cribosa dejada en el hueso después de la extirpación del hemangioma venoso.

(D) Corte esquemático sagital del hueso frontal.

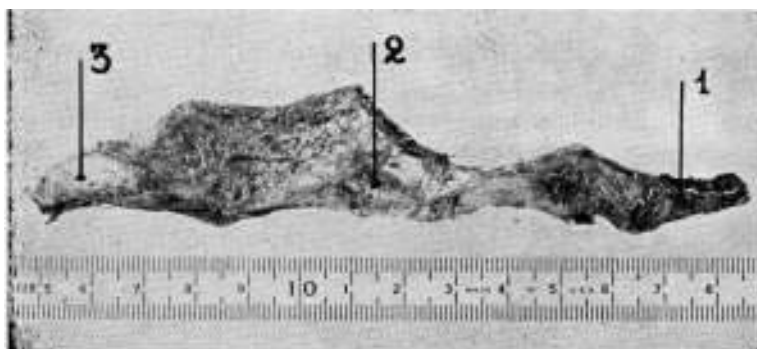
1. Colector venoso, De él nacen las venas comunicantes que van al diploe y al seno longitudinal.

2. Tabla externa.

3. Diploe.

4. Tabla interna.

5. Seno longitudinal.



Fotografía de la pieza. La lesión ha sido extirpada en block a partir de la vena preparata, comprendiendo el hemangioma, la galea capitis y el músculo frontal.

1. Extremidad nasal con gruesos troncos venosos.

2. Malla capilar.

3. Aponeurosis epicraneana.