

# Hemangioma do osso: a propósito de um caso clínico

## *Bone haemangioma: case report*

Sara Folgado Alberto\*, Fernanda Paixão Duarte\*\*, Ana Carla Nunes\*\*\*, Teresa Godinho<sup>§</sup>, Luís Dutschmann<sup>§§</sup>

### Resumo

Os autores descrevem um caso clínico de uma mulher de 51 anos, obesa, com hipertensão arterial e cardiopatia isquémica, internada por agravamento de dor retro-esternal de grande intensidade e evolução arrastada. Após exclusão de episódio agudo de isquemia do miocárdio, o estudo desta doente revelou lesão óssea expansiva de arco costal direito (5cm x 4cm x 3.5cm), adjacente ao corpo vertebral, mal definida, com componente lítico e blástico e com aumento das partes moles adjacentes. Foi operada, tendo feito excisão, em bloco, do tumor. O exame anátomo-patológico revelou hemangioma. A Tomografia Computorizada (TC) abdominal mostrou alterações da cabeça e colo do fémur direitos, também sugestivas de hemangioma, confirmadas por radiografia e tomografia osteo-articular.

Palavras chave: hemangioma do osso, dor retro-esternal

### Abstract

The authors report a clinical case of a black woman, aged 51, obese, with hypertension and ischaemic heart disease, who was hospitalized for intense, persistent retrosternal pain. An acute coronary syndrome was excluded and further investigation revealed an expansive bone lesion in the right rib (5 cm x 4 cm x 3.5 cm), with vertebral extensions. The lesion was ill-defined, had lytic and blastic components and was associated with an increase in the adjacent soft tissues. A well delimited tumour was extracted and histological analysis revealed a haemangioma. Abdominal CT showed abnormal findings suggestive of haemangioma in the right femur, which were later confirmed using osteoarticular radiography and tomography.

Key words: bone haemangioma; retrosternal pain.

### Introdução

Os hemangiomas definem-se como espaços vasculares limitados por células endoteliais, constituindo o que se chama neovasos.<sup>1</sup> São lesões benignas, de hiperplasia endotelial, que podem ocorrer em vários órgãos ou tecidos.<sup>2,3</sup> Algumas publicações salientam que o hemangioma do osso constitui 61% de todos os tumores ósseos.<sup>1</sup> Sem predominância de sexo, podem ser encontrados em todas as idades.<sup>1</sup> Geralmente, são assintomáticos e descobertos acidentalmente em exames complementares de diagnóstico ou em autópsia.<sup>4,5,6</sup>

O interesse desta publicação assenta na forma de apresentação pouco habitual do hemangioma do osso, que, nesta doente, tinha comportamento agressivo local, no compromisso das costelas, que

é uma localização pouco habitual, e na presença de outro hemangioma a nível do colo do fémur, havendo, assim, nesta doente, dois hemangiomas, embora o último sem envolvimento de partes moles.

### Caso clínico

Mulher de raça negra, 51 anos, natural e residente em Angola, obesa, com hipertensão arterial, com cumprimento irregular de medicação (captopril, atenolol e ácido acetilssalicílico). Tinha ainda antecedentes de malária, dislipidemia e sintomatologia típica de cardiopatia isquémica.

Em 2000 iniciou quadro de dor na região subescapular direita, sem irradiação, que aumentava com qualquer tipo de esforço e com a inspiração profunda e aliviava com anti-inflamatórios não esteróides. Desde então este tipo de dor passou a ser recorrente e com agravamento progressivo.

Em Fevereiro de 2002 teve episódio de dor retro-esternal, de forte intensidade, que agravava em decúbito dorsal e na posição sentada, sem irradiação para o membro superior ou para o dorso. Desde essa altura ficou medicada com dinitrato e manteve dor semelhante, embora esporádica; as queixas álgicas subescapulares direitas tornaram-se mais intensas,

\*Interna do Complementar de Gastroenterologia do Hospital Fernando Fonseca

\*\*Chefe de Serviço de Medicina do Hospital Fernando Fonseca

\*\*\*Assistente Hospitalar Graduada de Cirurgia Torácica do Hospital de Pulido Valente

§Directora do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital de Pulido Valente

§§Director do Serviço de Medicina II do Hospital Fernando Fonseca

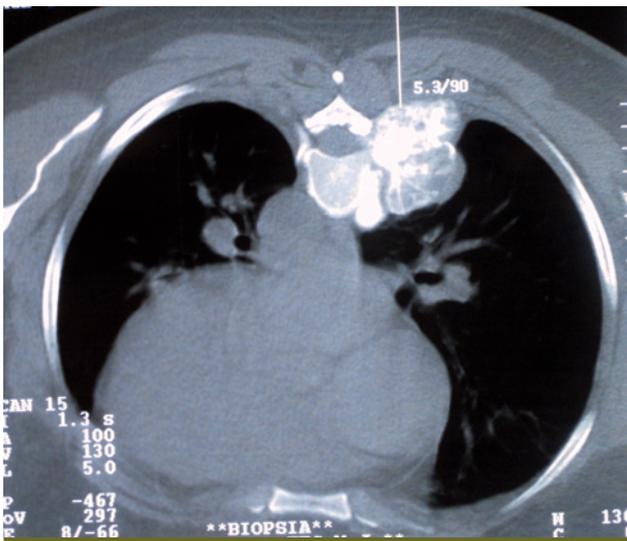
Recebido para publicação a 20.12.05

Aceite para publicação a 23.03.07



RX tórax PA inicial mostrando condensação bem definida no hilo direito.

FIG. 1



TC abdominal mostrando lesão óssea expansiva da vertente posterior do 6º arco costal, adjacente ao corpo vertebral.

FIG. 2

motivo pelo que lhe foi sugerido vir a Portugal para investigação da etiologia dos sintomas.

Em Junho de 2003 recorreu ao Serviço de Urgência Externa do Hospital Fernando Fonseca, por dor intensa na região retro-esternal, com irradiação para o dorso. Apresentava hipertensão arterial com valores de 240/140 mmHg, dor à palpação da região para-esternal direita e terço médio posterior do hemitórax homolateral. A auscultação, cardíaca e pulmonar, era normal.

O electrocardiograma (ECG) não mostrou alterações de isquemia aguda e a enzimologia cardíaca apresentava valores dentro da normalidade, tendo sido repetidos. Após redução dos valores de tensão arterial e perante a hipótese diagnóstica de dissecação da aorta, a doente realizou, no serviço de Urgência, telerradiografia (RX) e Tomografia Computorizada (TC) torácicas. A telerradiografia do tórax, postero-anterior e perfil, mostrou condensação bem definida ao nível do hilo direito (Fig. 1) e a TC torácica revelou lesão expansiva óssea da vertente posterior direita de um arco costal (provavelmente 6º), adjacente ao corpo vertebral, com cerca de 5cm x 4cm x 3.5cm, com componente lítico e blástico, contornos pouco definidos e aumento das partes moles adjacentes; sem imagens sugestivas de dissecação aórtica (Fig. 2).

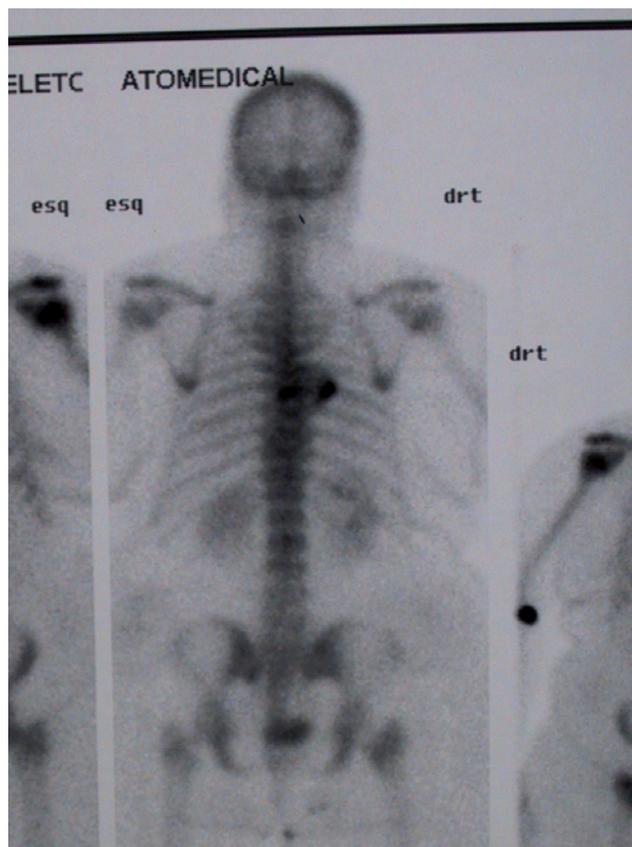
Foi internada no Serviço de Medicina II, para posterior investigação, com a hipótese diagnóstica de condrossarcoma e para investigação complementar de eventual patologia isquémica cardíaca, referida como antecedente.

Realizaram-se diversos exames complementares, descrevendo-se, de seguida, os mais relevantes:

As análises laboratoriais estavam dentro dos parâmetros normais (nomeadamente hemograma, PCR, VS, metabolismo fósforo-cálcio, funções hepáticas e renal). A mamografia e a ecografia da tiróide não apresentavam alterações. A TC abdomino-pélvica mostrava alterações da estrutura óssea com rarefacção lítica da cabeça e colo do fémur direitos, com aparente comportamento benigno, embora sem qualquer sintomatologia associada. A gamagrafia óssea revelou heterogeneidade de distribuição do rádio-fármaco (tecnécio) no 6º arco costal adjacente à lesão dorsal, podendo esta lesão corresponder a lesão lítica, mas a baixa expressão gamagráfica dificultava o diagnóstico; hiperfixação articular difusa correspondendo a patologia degenerativa (Fig. 3). No Eco Doppler Cardíaco visualizou-se hipertrofia concêntrica ligeira do ventrículo esquerdo; boa função e ausência de alterações segmentares. O ECG com prova de esforço foi negativo.

Realizaram-se 2 biopsias ósseas guiadas por TC, a nível do 6º arco costal, que foram inconclusivas, pelo que foi pedido apoio ao Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Pulido Valente, onde a doente foi operada em Agosto de 2003.

Foi encontrado um tumor bem circunscrito, com envolvimento de vértebra, 6º e 7º arcos costais pos-



Gamagrafia óssea com tecnécio: no 6º arco costal adjacente à lesão dorsal observa-se heterogeneidade na distribuição do rádio-fármaco, que pode corresponder a lesão lítica.

FIG. 3

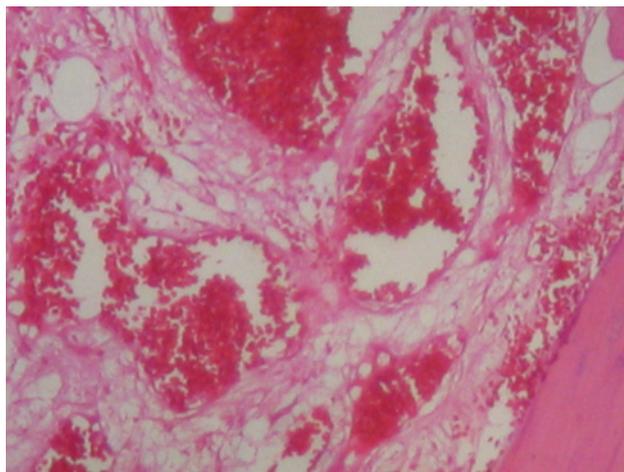
teriores direitos e partes moles, facilmente ressecável, tendo-se efectuado excisão em bloco. A anatomia patológica revelou hemangioma intra-ósseo tipo capilar (Fig. 4).

Posteriormente, a doente realizou TC osteo-articular que mostrou alterações da estrutura do fémur direito, envolvendo cabeça, colo e região intra-trocantérica com áreas líticas e zonas de densificação trabecular sugerindo hemangioma. A densitometria óssea não revelou osteoporose.

Actualmente a doente encontra-se assintomática, a residir em Angola, vindo periodicamente a Portugal para seguimento em consultas de Medicina e Cirurgia Torácica.

### Discussão

Os hemangiomas do osso são relativamente frequentes,<sup>3,7</sup> cerca de 10 a 12 % na população em geral



Exame histológico (hematoxilina-eosina): hemangioma ósseo tipo capilar.

FIG. 4

baseado em dados de autópsia<sup>8,9</sup> envolvendo a coluna dorsal, e menos habitualmente a coluna lombar<sup>1,3,5,6,8</sup>, seguindo-se crânio, pélvis e, mais raramente, ossos longos (tíbia ou fémur)<sup>3,10</sup> ou costelas;<sup>1</sup> habitualmente sem invasão de partes moles.<sup>11,12</sup> A presença de lesões múltiplas é, por vezes, encontrada. Embora a maioria dos hemangiomas do osso seja assintomática, cerca de 1% dos casos apresenta sintomatologia significativa com necessidade de terapêutica.<sup>4,5,8</sup> No caso de envolvimento do crânio ou de ossos longos pode surgir dor ou edema<sup>1</sup>. Se há compromisso vertebral, pode haver sintomatologia neurológica por compressão medular ou radicular.<sup>1,8,9</sup> A cirurgia pode ser necessária no caso de compromisso neurológico ou de dor, sendo a radioterapia utilizada para alívio da dor.<sup>1</sup> Atendendo à dificuldade diagnóstica entre os hemangiomas, do crânio e dos ossos longos, com o osteossarcoma a abordagem terapêutica é a ressecção em bloco.<sup>1</sup>

Classicamente, a sua identificação radiológica consiste em estriações verticais ou tipo “favo de mel”, com espessamento das trabéculas ósseas;<sup>3,7,8,9</sup> mas no crânio e ossos longos é pouco característico, apenas com defeitos de radiolucência.<sup>1</sup> Devido a esse espessamento trabecular, são raras as fracturas no local do hemangioma.<sup>3,7</sup> Neste caso clínico não foi encontrado esse padrão radiológico típico a nível de vértebras e arcos costais excisados. Os hemangiomas da coluna estão tipicamente isolados no corpo vertebral, mas podem estender-se aos restantes componentes da vértebra,<sup>9</sup> alguns critérios radiológicos podem ser

indicativos de maior agressividade, como a localização entre as vértebras dorsais D3 e D9, envolvimento de todo o corpo vertebral, envolvimento do arco posterior, trabeculações irregulares, córtex pouco definido ou invasão dos tecidos moles adjacentes.<sup>9</sup> Nesta doente o comportamento foi atípico, pois não só atingiu vértebra e 2 arcos costais posteriores adjacentes, como preencheu a maioria dos critérios de agressividade. Mais ainda, ocorreu sintomatologia, com necessidade de terapêutica analgésica.

Microscopicamente, podem classificar-se 4 tipos:<sup>3,9</sup>

1. Hemangioma tipo capilar, em que os espaços celulares são pequenos, tipo capilares;
2. Tipo cavernoso, formados por vasos grandes e dilatados, ocorrendo principalmente no crânio;
3. Tipo artério-venoso, provenientes dos leitos vasculares fetais;
4. Tipo venoso, constituídos por vasos de paredes espessas. Os 2 primeiros tipos são os mais frequentes.<sup>3</sup> Tendo em conta a observação por anatomia patológica, classificamos, no caso da nossa doente, no 1º tipo.

Usualmente ocorrem como lesão única, mas em 30% dos casos podem ser múltiplas.<sup>7,8,11,12</sup> Foi o que ocorreu nesta doente, pois após investigação mais detalhada observou-se também lesão, com padrão radiológico típico, no fémur direito. Neste caso tem-se mantido assintomática, pelo que não há necessidade de terapêutica. ■

## Bibliografia

1. Burssens A. & Defneky J. "Regional and heritable bone and collagen disease – tumors of bone" in Rheumatology 2<sup>nd</sup> Edition, John H Kippel, Paul Dieppe Ed. Vol 4, 8.49.11.
2. Marchuk D. Pathogenesis of Hemangioma. The J of Clinical Investig 2001; 107(6):665-666.
3. Rudnick J, Stern M. Symptomatic Thoracic Vertebral Hemangioma: a case report and literature review. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85:1544-1547.
4. Heyd R et al. Radiotherapy in vertebral hemangioma. Rontgenpraxis 2001;53(5):208-220.
5. Shah KC, Chacko AG. Extensive vertebral haemangioma with cord compression in two patients: review of literature. British J Neurosurg 2004; 18(3):250-252.
6. Fox MW, Onofrio BM. The natural history and management of symptomatic and asymptomatic vertebral hemangioma. J Neurosurg 1993;78:36-45.
7. Lee S., Hadlow A. Extrasosseus Extension of Vertebral Hemangioma, a Rare Cause of Spinal Cord Compression. Spine 1999; 20(24):2111-2114.
8. Is M, Gezen F, Alper M, Yildiz HK, Akyuz F. Epidural extension of a lumbar vertebral haemangioma. J Clin Neuroscience 2006; 13:687-690.
9. Rich J, Donahue J, Mick J. Symptomatic expansile vertebral hemangioma causing conus medullaris compression. J Manipul Physiol Therap 2005; 28(3): 194-198.
10. Korres DC, Karachalios T, Roidis N, Bargiotas K, Stamos K. Pain pattern

in multiple vertebral hemangiomas involving non-adjacent levels: report of two cases. Eur Spine J 2000; 9(3):256-260.

11. Sung MS, Kang HS, Lee HG. Regional bone changes in deep soft tissue hemangiomas: radiographic and MR features. Skeletal Radiol 1998;27:205-210.

12. Ly J, Sanders TG, Mulloy JP et al. Osseus change adjacent to soft-tissue hemangiomas of the extremities: correlation with lesion size and proximity to bone. AJR 2003;180:1695-1700.