

Hiperplasia Angiolinfoide con Eosinofilia

Angiolymploid hyperplasia with eosinophilia

Natalia Silva¹, Elsa Gordillo², María del Carmen Castro³, César Chian-García⁴, Aldo Ayaipoma⁵

RESUMEN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) es una proliferación vascular benigna poco frecuente que afecta mayormente a mujeres en edad media, y es caracterizada por la aparición de pápulas y nódulos en la piel del rostro y del cuero cabelludo. Histológicamente, se observa un doble componente vascular e inflamatorio.

Se presenta el caso de una mujer de 38 años con lesiones pápulo eritematosas múltiples pruriginosas y sangrantes localizadas en cuero cabelludo y en zona preauricular izquierda que respondió de forma satisfactoria a tratamiento combinado con infiltración intralesional de corticoides y extracción quirúrgica.

PALABRAS CLAVE: Hiperplasia angiolinfoide, tratamiento.

Dermatol Peru 2015; 25 (3): 154-156

ABSTRACT

Angiolymploid hyperplasia with eosinophilia (ALHE) is a rare benign vascular proliferation which affects middle aged female patients and characterized by the appearance of papules and nodules located on the skin face and scalp. Histopathologically, it consists of two components, namely vascular proliferation and inflammatory infiltrate.

We report a case of a 38 year old woman with papular erythematous multiple lesions, causing pruritus and bleed easily, localized on scalp and left preauricular ear which responded satisfactorily to intralesional corticosteroid and surgical excision.

KEY WORDS: *Angiolymploid Hyperplasia, treatment.*

INTRODUCCIÓN

HALE también conocida como hemangioma epiteloide es una patología benigna poco frecuente, caracterizada por lesiones pápulo nodulares, vasculo proliferativas, eritematosas o violáceas localizadas, que generalmente

afecta a mujeres caucásicas de edad media, con predilección por la zona pre auricular y cuero cabelludo¹. Otros sitios de localización es la mucosa oral y nasal, musculo, hueso, glándula salival y lagrimal, orbita, membrana timpánica y arteria facial². Se puede asociar a prurito, sangrado y ulceración además de ocasionar importante asimetría facial por lesiones de gran tamaño.

CASO CLINICO

Paciente mujer de 38 años de edad, natural de Arequipa y procedente de Lima, sin antecedentes contributorios, niega traumatismo o mordedura de insecto. Acude a Consulta con un tiempo de enfermedad de 2 años caracterizado por múltiples lesiones pápulo nodulares eritemato violáceas, de aspecto gomoso y consistencia lisa, dolorosas y pruriginosas de aproximadamente 0.5 a 1 cm de diámetro, algunas sangrantes localizadas en cuero cabelludo frontal y zona preauricular izquierda. (Fig 1). No lesiones en piel circundante salvo leve ulceración por manipulación de la paciente y por procedimientos previos realizados con médico particular (electro cauterización y crioterapia). No se observaron adenopatías regionales ni generalizadas.

En los exámenes auxiliares encontramos Ecodoppler de región cervical en rangos normales y en los exámenes de laboratorio se observó eosinofilia 12%. Se realiza biopsia

1. Médica Residente de 4to de Dermatología, Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú.
2. Médica Residente de 1er de Dermatología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). Lima, Perú.
3. Médica Asistente de Dermatología, HNAL. Lima, Perú
4. Médico Asistente de Anatomía Patológica. HNAL. Lima, Perú.
5. Jefe del Servicio de Dermatología. HNAL. Lima, Perú.



Figura 1. Lesiones preauriculares izquierdas.



Figura 4. Mejoría de las lesiones con Infiltración de triamcinolona.

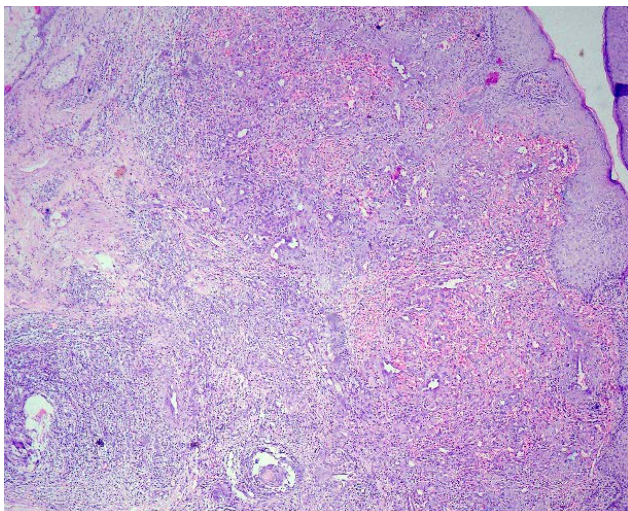


Figura 2. Proliferación vascular que se extiende hasta la hipodermis.

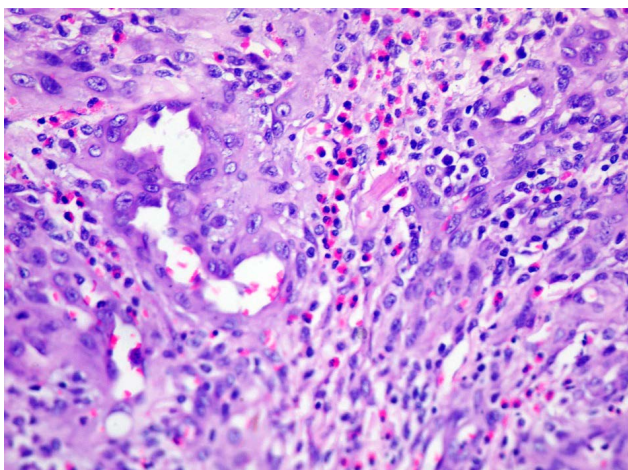


Figura 3. Proliferación vascular y presencia de gran cantidad de eosinófilos.

excisional de una de las lesiones donde informan infiltrado inflamatorio en cuña que llega hasta hipodermis con gran cantidad de eosinófilos y proliferación focal de vasos sanguíneos (Fig 2 y 3).

Dada la falta de respuesta a tratamientos previos como crioterapia y electrocauterización, se decide iniciar infiltración con Triamcinolona 50mg/5ml cada 3 semanas con leve mejoría de las lesiones (Fig 4). Posteriormente se asocia tratamiento con Isotretinoína 20mg/día, evidenciándose leve mejoría, sin embargo es suspendida por decisión de la paciente. Es por esta razón que opta por la extracción quirúrgica (Fig.5) de las lesiones más grandes junto con la infiltración. Actualmente se evalúa la posibilidad de utilizar laser de colorante pulsado (LCP).



Figura 5. Resultado de la excéresis quirúrgica.

DISCUSIÓN

La Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) fue descrita en 1969 por Whelms y Whimster como una forma tardía de la enfermedad de Kimura, estudios posteriores han demostrado que se trata de dos enfermedades diferentes. HALE, también conocido como hemangioma epitelial y hemangioma histiocítico, es más común en mujeres de raza blanca entre la segunda y cuarta década de vida³. HALE es una proliferación vascular benigna de carácter crónico, en la cual no se han descrito malignización. Se caracteriza por su alta tasa de recurrencias⁴, hasta un 30% de los casos independientemente del tratamiento recibido⁵. Dada la diversidad de su expresión clínica, son los hallazgos histológicos los que nos van a dar la clave diagnóstica, siendo especialmente características las células endoteliales de aspecto epitelioide prominentes sobre la luz vascular, rodeándose de un infiltrado inflamatorio mixto en el que predominan los eosinófilos.⁶

El diagnóstico diferencial debe plantearse con múltiples entidades pero es la enfermedad de Kimura la más importante. Hasta hace poco tiempo llegaron a considerarse ambas como espectros de una misma entidad, aunque actualmente, dadas las diferencias tanto clínicas como histológicas, se consideran procesos independientes. La Enfermedad de Kimura es una enfermedad inflamatoria de los tejidos blandos en la que proliferan el tejido linfoide y los vasos sanguíneos. Tiene una fuerte asociación con enfermedad renal y generalmente es visto en asiáticos. Se presenta como nódulos profundos con linfadenopatía, eosinofilia periférica y elevación de la IgE²

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es para algunos autores un tumor vascular benigno, mientras que para otros, por su frecuente asociación con una comunicación arteriovenosa subyacente y la presencia de un antecedente traumático en algunos casos, se trata más bien de un proceso hiperplásico vascular reactivo como resultado de un fenómeno reparativo de una vena o arteria⁷

La biopsia de estas lesiones constituye una herramienta diagnóstica fundamental. Una característica típica de HALE es el componente vascular con proliferación e inflamación de las células endoteliales, mientras que en la enfermedad de Kimura se observan la formación de folículos linfocíticos rodeado de infiltrado inflamatorio con eosinófilos y fibrosis³

Otros diagnósticos diferenciales incluyen Sarcoma de Kaposi, angiosarcoma, tumores de las glándulas salivales,

carcinoma espinocelular, linfoma, granuloma piógeno y mordedura de insecto.

Las opciones terapéuticas son numerosas en la HALE, siendo la excéresis quirúrgica, la crioterapia, los corticoides intralesionales las más utilizadas y laser de colorante pulsado (LCP). La excéresis quirúrgica podría ser el tratamiento más conveniente para la HALE en forma de tumoraciones subcutáneas.

El láser colorante pulsado (LCP) basa su acción en el principio de la fototermólisis selectiva por el que determinados cromóforos cutáneos sólo absorben determinadas longitudes de onda de la luz. Así pues, utilizando una longitud de onda adecuada para un cromóforo diana en concreto, se conseguirá una destrucción selectiva de este sin afectar a las estructuras vecinas. En el caso del LCP el cromóforo es la oxihemoglobina, contenida en abundancia en los vasos; por tanto este láser es ideal para el tratamiento de lesiones vasculares localizadas en la dermis superficial.⁸ Lo limitante de este tratamiento es el costo.

Otros estudios citan como alternativas terapéuticas la pentoxifilina, la indometacina, los retinoides, los quimioterápicos (bleomicina, vinblastina, fluorouracilo), el levamisol y el interferón.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, eds. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophils. In textbook of Dermatology (6th ed.). Malden, MA: Blackwell Science, 1998:2355-2356.
2. Ramchandani PL, Sabesan T, Hussein K. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia masquerading as Kimura disease. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005;43:249-252.
3. Seregard S. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia should not be confused with Kimura's disease. *Acta Ophthalmol Scand* 2001;79:91-93.
4. Vargas Castrillón J, Perez-Seoane Orduña C, Zarco Olivo C, Iglesias Díez L. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia: estudio clinicopatológico de 5 casos. *Actas Dermosifiliogr*. 1989;80:401-404.
5. Milena A, Londoño A, Restrepo R. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia: manifestación clínica atípica. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2011;19:163-66.
6. Segura J, Solís E, Gonzalez Serrano T. Hemangioma epitelioide en localización profunda y extrafacial. A propósito de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Esp Patol*. 2008;41: 138-41.
7. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:887-919.
8. Requena C, Sevilla A. Hiperplasia Angiolinfoide con eosinofilia: Respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(8):552-4.
9. Rohrer TE, Allan AE. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with a long-pulsed tunable dye laser. *Dermatol Surg* 2000;26:211-4.

Correspondencia:
Dra. Natalia Silva Aldana
Dra.nsilva@gmail.com

Recepción: 07-04-15
Aprobación: 17-04-15