

CASO CLÍNICO

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia de localización inusual

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of unusual location

Juan Aguilar¹, Pablo Arroyo², Javier Tolentino², Silvia Muñoz³

RESUMEN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una rara enfermedad vascular, inflamatoria, benigna y de etiología desconocida que se caracteriza por una proliferación vascular formada por células endoteliales epitelioides grandes y un infiltrado inflamatorio de linfocitos, histiocitos y eosinófilos. Clínicamente se presenta como pápulas o nódulos subcutáneos, únicos o múltiples, de color rojo-marrón a violáceos que se localizan, en la mayoría de casos, en cabeza y cuello; algunas veces está asociada a prurito y dolor. Ocurre frecuentemente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. Existen múltiples modalidades de tratamiento pero es frecuente la recurrencia. Se presenta el caso de un paciente varón de 49 años de edad, con una lesión en placa indurada a nivel de antebrazo, pruriginosa y con diagnóstico de hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia según histopatología. El interés del caso radica en la localización infrecuente de la lesión.

Palabras claves: Hiperplasia angiolinfoide, Eosinofilia, Eosinófilo.

SUMMARY

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia is a rare benign inflammatory, vascular disease of unknown etiology, characterized by vascular proliferation composed of large epithelioid endothelial cells and an inflammatory infiltrate of lymphocytes, histiocytes and eosinophils. Clinically, it manifests as papules or subcutaneous nodules, single or multiple, red-brown to violet, which are located in most cases in the head and neck, sometimes associated with itching and pain. This pathology occurs frequently in women between the third and fourth decade of life. There are multiple treatment modalities, but recurrence is common. We describe the case of a male patient aged 49 with a itching hardened plate injury at the forearm, with the diagnosis of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia by histopathology. The interest of the case lies in the unusual location of the lesion.

Keywords: Angiolymphoid hyperplasia, Eosinophilia, Eosinophil.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) es una enfermedad angioproliferativa de origen no determinado y poco frecuente, caracterizada por la presencia de nódulos solitarios o múltiples¹, que se corresponden microscópicamente por una marcada proliferación de células endoteliales grandes con un infiltrado inflamatorio mixto conformado por linfocitos, histiocitos y eosinófilos².

Fue inicialmente descrita por Well y Whimster en 1969,

quienes consideraron que la HALE era un estadio tardío de la enfermedad de Kimura, descrita en 1948. Actualmente se conoce que son dos entidades distintas y que pertenecen al grupo de dermatosis eosinofílicas².

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia afecta a todas las razas, con una predominancia del sexo femenino. Este desorden benigno puede simular un angiosarcoma tanto clínica como histológicamente¹. Su etiología permanece desconocida, aunque se ha propuesto que sea una reacción a diferentes estímulos, incluyendo traumatismos³.

¹ Residente de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal-EsSalud. Callao-Perú.

² Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Alberto Sabogal-EsSalud. Callao-Perú.

³ Médico asistente del Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Alberto Sabogal-EsSalud. Callao-Perú.

Correspondencia: Juan Aguilar a carlosaguilar70@hotmail.com

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 49 años de edad, natural y procedente del Callao, de ocupación obrero textil desde los 25 años. Acude a la consulta médica refiriendo que ocho meses atrás aparece una mancha en antebrazo izquierdo, la cual a los dos meses se vuelve sobre-elevada y dos meses después se torna indurada y pruriginosa. Niega otras enfermedades.

Al examen físico se observa paciente en buen estado general. A nivel de tercio proximal de antebrazo izquierdo se aprecia una placa color rosada, de superficie rugosa, no descamativa, indurada, no dolorosa a la palpación y no adherida a planos profundos (**Fotografías 1 y 2**). No se palparon adenopatías a nivel axilar. En los exámenes auxiliares no hubo hallazgos patológicos.



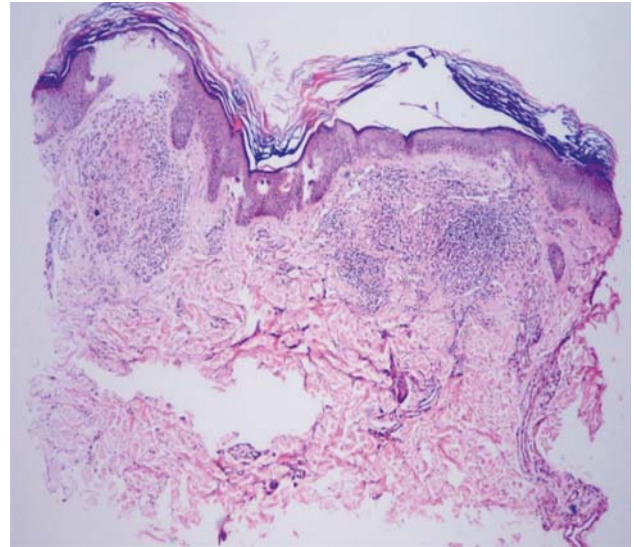
Fotografía 1. Placa localizada en tercio proximal de antebrazo izquierdo.



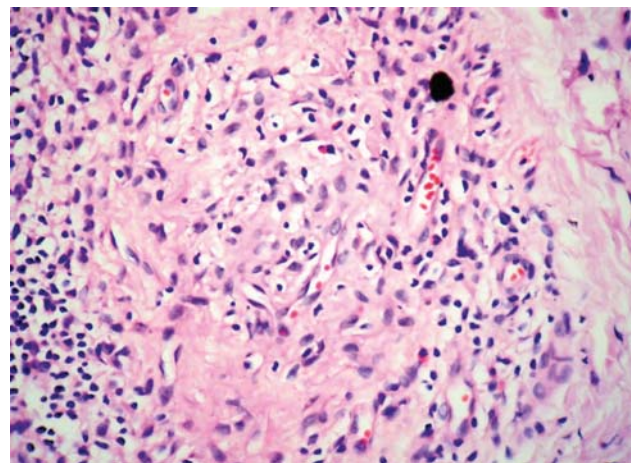
Fotografía 2. Placa con leve eritema, no descamativa, de superficie rugosa a nivel de tercio proximal de antebrazo izquierdo.

Se realizó biopsia de la lesión y el estudio histopatológico mostró infiltrado de aspecto nodular bien definido que ocupaba la dermis superficial. A mayor aumento se apreció una proliferación vascular notoria, revestida por grandes células endoteliales de aspecto epitelioides dentro de un

estroma fibroso y un infiltrado perivascular de linfocitos y eosinófilos (**Fotografías 3 y 4**).



Fotografía 3. Infiltrado inflamatorio bien delimitado, de aspecto nodular, que ocupa dermis superficial y media. HE 10X.



Fotografía 4. Proliferación vascular revestida por células endoteliales grandes de aspecto epitelioides (flecha), estroma fibroso e infiltrado perivascular de linfocitos y eosinófilos. HE 40X.

DISCUSIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una enfermedad vascular inflamatoria benigna, de curso crónico y poco frecuente, así en un periodo de 19 años sólo se han reportado siete casos, haciendo énfasis en la rareza de dicha enfermedad². Suele afectar a pacientes jóvenes, comprendidos entre la tercera y cuarta década de vida, siendo más frecuente en el sexo femenino. Se han descrito casos raros en niños y ancianos^{4,5}.

La patogénesis permanece aún desconocida, algunos la consideran como una reacción vascular inflamatoria secundaria a complejos inmunes, otros implican a factores ambientales como picadura de insectos, trauma e infecciones, o a una comunicación arteriovenosa^{6,7}.

Las lesiones consisten en pápulas o nódulos pardos o rojizo mate, que varían en tamaño de 0.2-10cm. Generalmente las lesiones cutáneas son solitarias, aunque lesiones múltiples han sido reportadas hasta en el 20% de casos y se suelen agrupar en la misma región². La mayoría de lesiones son dérmicas, pero algunas pueden ser subcutáneas. Aproximadamente el 85% de las lesiones se localizan en cabeza y cuello³, sobre todo alrededor de las orejas, en la frente y cuero cabelludo^{2,4-6}. Otras raras localizaciones han sido descritas como tronco, extremidades, manos y vulva^{3,8}. Excepcionalmente localizaciones extracutáneas han sido reportadas, incluyendo mucosa oral, genital o colónica^{6,7}.

Generalmente las lesiones cutáneas son asintomáticas, pero pueden ser pruriginosas, pulsátiles o dolorosas; la adenomegalia regional se ha descrito en 5-10% de casos^{2,4,5}. La eosinofilia se presenta sólo en el 22% de casos y no es criterio para el diagnóstico^{4,9}.

Histopatológicamente las lesiones consisten en una proliferación de vasos sanguíneos de tamaño variable, compuestas por células endoteliales, epitelioideas grandes y un infiltrado inflamatorio perivascular de intensidad variable de linfocitos y eosinófilos, algunas veces con formación de folículos linfoides; el estroma es fibroso³. La HALE puede parecerse, desde el punto de vista histológico,

al angiosarcoma, sarcoma de Kaposi, hemangioendotelioma epitelioide y a la enfermedad de Kimura².

En ausencia de tratamiento las lesiones pueden incrementarse progresivamente, sin embargo en casos raros se ha descrito la regresión espontánea. El tratamiento quirúrgico es de elección. Un tercio de casos recidiva tras la resección. No se han reportado casos de metástasis. Otras modalidades terapéuticas han sido descritas, entre ellas la electrodissección, crioterapia, cirugía micrográfica de Mohs, corticoides sistémicos e intralesionales, fototerapia o interferón alfa-2a, radioterapia, láser de CO₂, argón y coloreado pulsado, todas ellas con éxito limitado¹⁰. El imiquimod, que inhibe la producción de IL-5, y el mepolizumab, que bloquea la reacción de IL-5 con su receptor, han sido también reportados como efectivos^{11,12}.

Se reporta el presente caso por la localización poco frecuente de la lesión, a nivel de antebrazo, y por sus características clínicas no específicas que hacen que la sospecha de HALE no haya sido tomada en cuenta en primera instancia. Así el diagnóstico en la mayoría de casos reportados se basa en los hallazgos histológicos, como sucedió con el paciente. Considerando la posible involución espontánea de la lesión se hizo seguimiento por seis meses, tiempo en el cual la lesión se mantuvo estacionaria, posteriormente aparecieron lesiones similares en codo contralateral. Si bien el tratamiento de elección es la cirugía, la recidiva es frecuente. A pesar de ser una enfermedad benigna, el HALE produce defectos cosméticos y su frecuente resistencia a los tratamientos descritos hace que su manejo sea difícil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WELLS GC, WHIMSTER IW. Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Br J Dermatol*. 1969;81(1):1-14.
2. ZARAA I, MLIKA M, CHOUK S, CHELLY I, MOKNI M, ZITOUNA M, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a study of 7 cases. *Dermatol Online J*. 2011;17(2):1.
3. TRINDADE F, HARO R, REQUENA L. Giant angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia on the chest. *J Cutan Pathol*. 2009;36(4):493-6.
4. CHUN S, JI HG. Kimura's disease and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: clinical and histopathologic differences. *J Am Acad Dermatol*. 1992;27(6 Pt. 1):954-8.
5. CHONG WS, THOMAS A, GOH CL. Kimura's disease and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: two disease entities in the same patient: case report and review of the literature. *Int J Dermatol*. 2006;45(2):139-45.
6. OLSEN TG, HELWING EB. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. A clinicopathologic study of 116 patients. *J Am Acad Dermatol*. 1985;12(5 Pt 1):781-96.
7. KEMPF W, HAEFFNER AC, ZEPTER K, SANDER CA, FLAIG MJ, MUELLER B, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: evidence for a T-cell lymphoproliferative origin. *Hum Pathol*. 2002;33(10):1023-9.
8. HASS AF, LA PERRIERE R, KING E. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of the hand. A case report. *J Dermatol Surg Oncol*. 1991;17(9):731-4.
9. DEMITSU T, NAGATO H, INOUE T. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: its character and therapy. *Skin Surg* 2000;9(1):8-16.
10. BAGHESTANI S, FIROOZ A, GHAZISAIID MR. A refractory case of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated by surgery. *J Dermatolog Treat*. 2011;22(1):49-51.
11. REDONDO P, DEL OLMO J, IDOATE M. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with imiquimod. *Br J Dermatol*. 2004;151(5):1110-1.
12. BRAUN-FALCO M, FISCHER S, PLÖTZ SG, RING J. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia treated with anti-interleukin-5 antibody (mepolizumab). *Br J Dermatol*. 2004;151(5):1103-4.

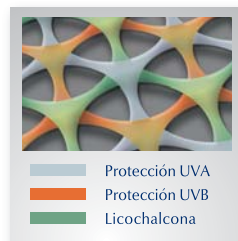
NUEVA TECNOLOGÍA



Eucerin® Solar, Protege y Fortalece tu piel desde las capas más profundas.

Nueva Línea Eucerin® Solar

- ▶ **Protección solar** altamente efectiva contra los rayos UVA/UVB.
- ▶ Ofrece también **protección biológica** ya que contiene **Licochalcona**, poderoso antioxidante natural que **fortalece** la piel y previene el envejecimiento inducido por la radiación UV.
- ▶ Su **fórmula ligera y de rápida absorción**, protege la piel desde las capas más profundas permitiendo que disfrutes del sol razonablemente.



Nueva fórmula ligera y de rápida absorción.

Eucerin®
SOLAR

CIENCIA VISIBLE EN TU PIEL