

Hiperplasia angioplasmocelular

Angioplasmocellular hyperplasia.

Maribet González-González,¹ Miguel Ángel Cardona-Hernández,² Mariana Pérez-Luna,³ Julia Garza-Zúñiga⁴

Resumen

La hiperplasia angioplasmocelular es una dermatosis poco frecuente cuya etiopatogenia se desconoce. Afecta la cabeza, el tronco y las extremidades como una neoformación de aspecto vascular. El diagnóstico se establece por el estudio histopatológico que muestra proliferación de vasos capilares rodeados por infiltrado plasmocitario.

PALABRAS CLAVE: Hiperplasia; proliferación; vasos capilares.

Abstract

Angioplasmocellular hyperplasia is an uncommon dermatosis of which less than 20 cases have been reported in the literature and whose etiopathogenesis is unknown. It presents in the head, trunk and extremities as a neoformation of vascular appearance. The diagnosis is made by the histopathological study finding proliferation of capillary vessels surrounded by plasmocitary infiltrate.

KEYWORDS: Hyperplasia; Proliferation; Capillary vessels.

¹ Dermatóloga y dermatopatóloga adscrita al Servicio de Dermatopatología.

² Dermatólogo y dermatólogo adscrito al Servicio de Consulta externa.

³ Médico residente de segundo año de Dermatopatología.

⁴ Médico residente de cuarto año de Dermatología.

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

Recibido: febrero 2019

Aceptado: marzo 2019

Correspondencia

Maribet González González
dramaribetgonzalez@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

González-González M, Cardona-Hernández MA, Pérez-Luna M, Garza-Zúñiga J. Hiperplasia angioplasmocelular. Dermatol Rev Mex. 2019 noviembre-diciembre;63(6):596-599.

ANTECEDENTES

La hiperplasia angioplasmocelular es una dermatosis reactiva poco frecuente que muestra proliferación de vasos sanguíneos e infiltrado plasmocitario. Se informó por primera vez en dos adultos latinoamericanos como neoformaciones solitarias en el tronco.

En este artículo comunicamos el caso de un paciente de 28 años de edad que padeció esta inusual dermatosis y hacemos una breve revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años de edad, originario y residente del estado de Hidalgo, estudiante de licenciatura. Acudió a consulta por padecer una dermatosis localizada al tronco de la que afectaba la región suprapúbica del lado derecho, constituida por una neoformación discretamente exofítica, lobulada, de 2.5 x 0.5 cm, de forma oval con bordes definidos, eritematoviolácea con pequeñas áreas ulceradas y costra hemática en la superficie, de evolución crónica y levemente dolorosa (**Figura 1**).

El resto de la piel, los anexos y la exploración física general no mostraron datos patológicos. Al interrogatorio el paciente refirió que la dermatosis inició desde hacía dos años con “una bolita” que producía dolor leve, negó tratamientos previos. No tenía antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento actual.

Con el diagnóstico clínico presuntivo de granuloma a cuerpo extraño se realizó biopsia incisional que mostró una lesión ligeramente exofítica cuya epidermis mostraba hiperqueratosis ortokeratósica con formación de tapones córneos y acantosis irregular moderada. En la dermis superficial y media se observaban numerosos vasos dilatados con endotelio turgente rodeados



Figura 1. Aspecto clínico de la dermatosis.

de un infiltrado moderadamente denso de células plasmáticas que llegaban a formar cuerpos de Russel, así como escasos linfocitos (**Figuras 2 a 4**). En el resto del corte se observaron zonas de edema. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de hiperplasia angioplasmocelular.

DISCUSIÓN

El término de hiperplasia angioplasmocelular fue propuesto en 1995 por González y colaboradores para describir lesiones benignas que a la histopatología muestran proliferación de vasos sanguíneos con infiltrado reactivo de células plasmáticas.¹

Es una afección poco frecuente con menos de 20 reportes en la bibliografía. Hsiao y Wu reportaron la única serie de casos con 10 pacientes de Taiwán, los demás han sido casos aislados.²

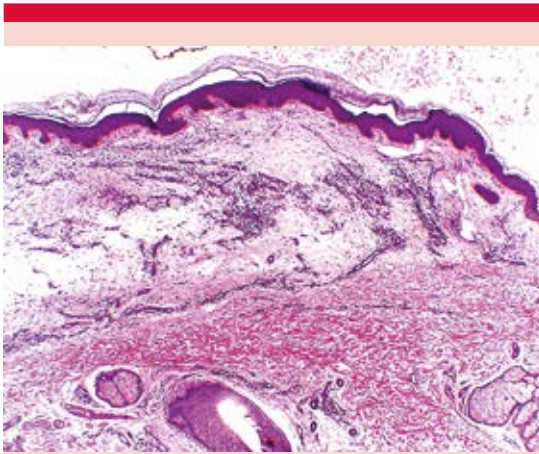


Figura 2. H-E 5x. Lesión ligeramente exofítica cuya epidermis muestra hiperqueratosis ortoqueratósica con formación de tapones córneos y acantosis irregular moderada. En la dermis superficial y media se observa un infiltrado moderadamente denso en focos, así como edema. En las capas profundas el infiltrado es discreto.

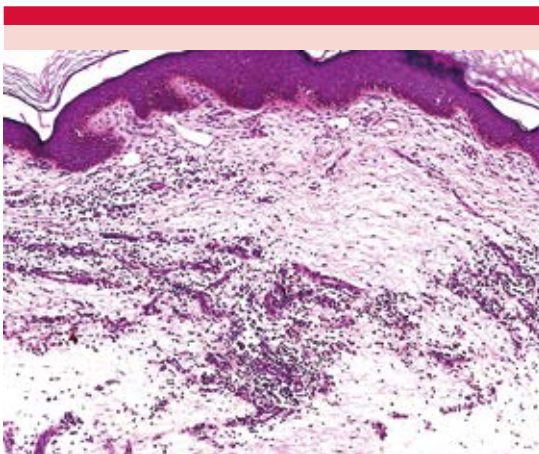


Figura 3. H-E 10x. Infiltrados que rodean numerosos vasos dilatados.

El mecanismo fisiopatológico exacto se desconoce. La teoría más aceptada parece ser una reacción inmunológica benigna no específica, a menudo a un estímulo conocido, ya sea infec-

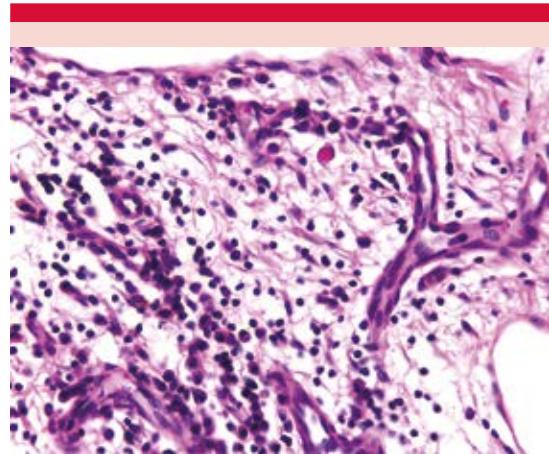


Figura 4. H-E 40x. Vasos con endotelio turgente, rodeados por escasos linfocitos y abundantes células plasmáticas que llegan a formar cuerpos de Russel.

cioso, fricción o traumatismo. Incluso algunos autores reportan casos sin estímulo aparente.²⁻⁴

La prevalencia se desconoce. Afecta a hombres y mujeres por igual. Los casos reportados corresponden a pacientes entre 17 y 71 años de edad.^{2,3}

La topografía más frecuente es la cabeza, pero también se ha encontrado en el tronco y las extremidades inferiores, generalmente como lesión única; sin embargo, hay un caso reportado con dos lesiones juntas.² En términos clínicos, se manifiesta como lesiones de aspecto nodular con tamaño que va de milímetros hasta 3 cm, eritematovioláceas o parduzcas, algunas con collarite eritematoso y superficie ulcerada.^{2,3}

El tiempo de evolución al momento del diagnóstico es muy variable y va desde algunas semanas hasta 10 años. El curso es generalmente asintomático con crecimiento progresivo de la lesión.²⁻⁴

El diagnóstico definitivo es histopatológico. Las lesiones pueden mostrar alteraciones epidérmicas con ulceración. Los cambios se observan en

la dermis con proliferación de vasos capilares dilatados con células endoteliales prominentes sin atipia, que están rodeados por un infiltrado de células plasmáticas policlonales en una proporción de 70 y 90%. También puede haber linfocitos, eosinófilos y polimorfonucleares en menor cantidad.²

El diagnóstico diferencial clínico e histopatológico debe realizarse con lesiones vasculares como granuloma piógeno o hemangiomas. En el diagnóstico diferencial histopatológico debe descartarse granuloma de células plasmáticas, plasmocitoma cutáneo, hiperplasia angioloide con eosinofilia, entre otras afecciones.

En cuanto al tratamiento se recomienda la extirpación quirúrgica sin reportarse hasta el momento recidivas.

REFERENCIAS

1. Wang C, Wu Y, Lin Y. Primary cutaneous angioplasmocellular hyperplasia case report. *Dermatol Sílica* 2004;22:317-320.
2. Hsiao P, Wu Y. Angioplasmocellular hyperplasia: A clinicopathologic study of 10 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2011;64:542-547. doi: 10.1016/j.jaad.2010.03.038.
3. Ramírez A, Pérez J, Suárez O, González D. Hiperplasia angioplasmocelular cutánea primaria. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103(8):739-753.
4. Kumar S, Weedon D, De Ambrosis B. Cutaneous angyoplasmocellular hyperplasia. *Austr J Dermatol* 2009;50:64-65.

