

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia

Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia.

Miriam Puebla-Miranda,¹ María Elisa Vega-Memije,⁴ Adriana Machado-Chavelas,² Betzabé Quiles-Martínez³

Resumen

ANTECEDENTES: La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una proliferación vascular benigna poco frecuente, de causa incierta. La topografía afectada con más frecuencia es la cabeza y el cuello, sobre todo la zona preauricular. Las lesiones son pápulas color marrón rojizo de 0.5 a 3 cm de diámetro. Pueden ser asintomáticas o causar prurito, dolor o sangrado. En términos histológicos, se encuentran en la dermis vasos con proliferación de células endoteliales epitelioides con infiltrado difuso linfocítico y eosinófilos. El diagnóstico diferencial incluye diversas afecciones, sobre todo la enfermedad de Kimura y el granuloma piógeno. Es una dermatosis de evolución benigna y crónica, con tendencia a la recidiva en 30 a 50% de los casos. La escisión quirúrgica con márgenes libres es el tratamiento de elección; sin embargo, la enfermedad recurre en 33% de los casos.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 59 años de edad con hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia en la zona preauricular derecha con respuesta adecuada a crioterapia.

CONCLUSIÓN: La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una enfermedad poco común, en la que se han probado múltiples tratamientos.

PALABRAS CLAVE: Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia; crioterapia.

Abstract

BACKGROUND: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia is a rare benign vascular proliferation of uncertain etiology. The most frequent topography is in the head and neck, with predilection at the preauricular level. The lesions are reddish-brown papular in appearance from 0.5 to 3 cm in diameter. They can be asymptomatic or present pruritus, pain or bleeding. Histologically, vessels with proliferation of epithelioid endothelial cells with diffuse lymphocytic infiltrate and eosinophils are found in the dermis. The differential diagnosis must include various diseases, especially Kimura's disease and pyogenic granuloma. It is a dermatosis of benign and chronic evolution, with a tendency to recur in 30-50%. Surgical excision with free margins is the treatment of choice; however, recurrence of 33% is reported.

CLINICAL CASE: A 59-year-old male patient with angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia at the right preauricular level with adequate response to cryotherapy.

CONCLUSION: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia is a rare disease, in which multiple treatment have been tried.

KEYWORDS: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia; Cryotherapy.

¹ Jefa del Servicio de Dermatología.

² Médica adscrita al Servicio de Dermatología.

³ Residente de segundo año de Medicina Interna.
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

⁴ Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

Recibido: julio 2019

Aceptado: septiembre 2019

Correspondencia

Miriam Puebla Miranda
drapuebla@live.com.mx

Este artículo debe citarse como

Puebla-Miranda M, Vega-Memije ME, Machado-Chavelas A, Quiles-Martínez B. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. Dermatol Rev Mex. 2020 marzo-abril;64(2):201-205.

ANTECEDENTES

El término hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia lo usaron por primera vez en 1969 Wells y Whimster para describir a un importante tumor vascular benigno.

Es una proliferación vascular benigna de evolución crónica poco frecuente, de causa desconocida; se cree que tiene relación con infección por virus del herpes 8, poliomavirus humano 6, factores inmunológicos, traumatismos leves, como picaduras, o factores ambientales, pues hay mayor prevalencia en comunidades costeras.¹

Se han informado estados hiperestrogénicos y aumento de las concentraciones de receptores de estrógeno y progesterona en las lesiones durante el embarazo, lo que se considera factor predisponente para la proliferación vascular aumentada.²

Las lesiones pueden aparecer como neoformaciones con aspecto de pápulas agrupadas de color marrón rojizo de 2 a 3 cm de diámetro.^{1,2}

Adler y su grupo³ describieron la lesión como un nódulo firme único en 53.4% de sus casos y múltiple en 46.6%. Esta dermatosis puede ser asintomática o ser concomitante con prurito en, incluso, 33% de los casos; además, se ha reportado dolor o sangrado.¹ La topografía más frecuente es la zona preauricular en 36.3%, seguida del cuello y la piel cabelluda.¹

En el área temporoparietal tiende a haber lesiones múltiples y las lesiones que aparecen en otras regiones suelen ser solitarias.¹

La enfermedad no tiene predominio por sexo. La edad de manifestación más frecuente es de 20 a 50 años, con edad media de inicio de 30 a 33 años. Algunos estudios reportan mayor frecuencia en la población asiática.⁴

En términos histológicos, se observan en la dermis vasos con proliferación de células endoteliales epitelioides, así como infiltrado difuso linfocítico con numerosos eosinófilos.⁵

En la fase de crecimiento predomina el componente vascular, con células endoteliales epitelioides prominentes, mientras que, en una etapa posterior, predomina el infiltrado linfoide, por lo que las células endoteliales que recubren los vasos que maduran se vuelven más pequeñas y menos epitelioides.²

La afectación extracutánea es poco frecuente⁴ e incluye la mucosa oral, la glándula lagrimal, la glándula parótida, la mandíbula, el corazón, el hígado, el bazo, el colon, el hueso y los vasos sanguíneos.²

El diagnóstico diferencial incluye la enfermedad de Kimura, el granuloma piógeno, el sarcoma de Kaposi, el linfoma epiteliode y el heman-gioendotelioma.⁶

Es de evolución crónica, la mayoría de los pacientes acuden a consulta meses o años después del inicio de su dermatosis.¹ Aunque el tratamiento terapéutico no está bien definido, existen múltiples opciones. Tal vez este hecho refleja la brecha de conocimiento relacionada con su verdadera patogénesis.¹

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad con una dermatosis localizada en la zona preauricular derecha, caracterizada por varias neoformaciones de aspecto nodular, de superficie lobulada, eritematosa, de 2 a 8 mm de diámetro, agrupadas en una placa (**Figura 1**).

Inició su padecimiento 10 meses previos a su consulta con una neoformación de crecimiento lento (seis meses) y posteriormente crecimiento



Figura 1. Topografía de la lesión. Dermatitis localizada en la región preauricular derecha, caracterizada por varias neoformaciones de 2 a 8 mm de diámetro, de superficie lobulada, eritematosas, con costra sanguínea en la superficie, neoformaciones que se agrupan formando una placa.

rápido, y la aparición de nuevas lesiones, con prurito ocasional.

Se programó para biopsia con diagnóstico clínico de lesión vascular de origen a determinar. La biopsia de piel mostró proliferación vascular

con grandes células endoteliales epitelioides de abundante citoplasma eosinófilo, acompañadas de un infiltrado inflamatorio de linfocitos y eosinófilos, compatible con hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (**Figuras 2 y 3**).

Se realizó crioterapia de las lesiones con buena respuesta al tratamiento, sin recidiva.

DISCUSIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una dermatosis poco frecuente, de causa desconocida, que se considera un proceso reactivo a varios estímulos. La topografía más frecuente es la región preauricular, como el caso comunicado. Aunque algunos pacientes cursan de manera asintomática, se ha reportado prurito en otros pacientes, como en éste; a pesar de que no refería sangrado, tenía costras sanguíneas en la superficie de una lesión. La evolución es crónica y la mayoría de los pacientes consultan después de meses

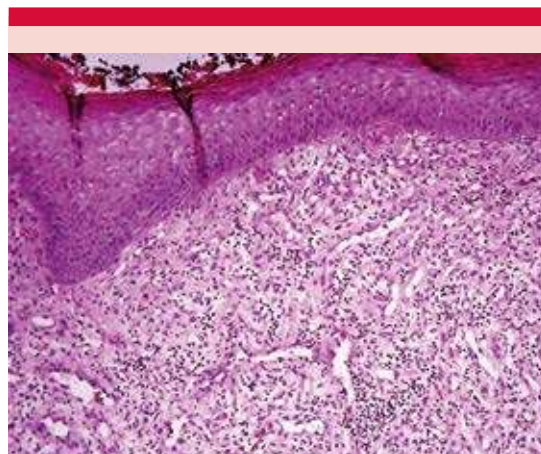


Figura 2. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. Imagen histológica que muestra en la dermis canales vasculares con células endoteliales grandes, voluminosas y parcialmente vacuoladas, así como células endoteliales de aspecto epitelioides.

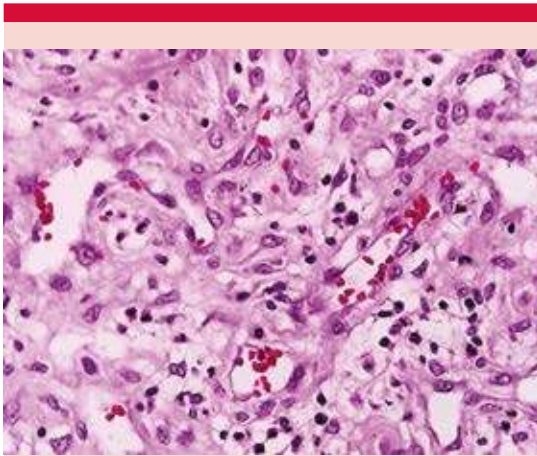


Figura 3. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. Imagen histológica que muestra vasos con células endoteliales prominentes e infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y algunos eosinófilos.

a años de la dermatosis, el caso que comunicamos tardó 10 meses en acudir a consulta. El diagnóstico diferencial incluye al granuloma piógeno, angioma, granuloma por picadura de insectos, linfocitoma, granuloma facial, angiosarcoma y enfermedad de Kimura, por lo que la biopsia de piel es necesaria para establecer el diagnóstico. En la histopatología se observan en la dermis canales vasculares con células endoteliales grandes, voluminosas y parcialmente vacuoladas, así como células endoteliales de aspecto epitelioides e infiltrado inflamatorio de linfocitos y eosinófilos, como en el caso comunicado.

En las lesiones únicas la extirpación quirúrgica es una buena opción de tratamiento; sin embargo, en caso de lesiones múltiples se prefieren otras opciones terapéuticas, como láser de colorante pulsado, esteroides tópicos e intralesionales, imiquimod a 5% tópico, interferón alfa 2a intralesional, ácido retinoico tópico, tacrolimus tópico, crioterapia, electrocoagulación, isotreti-

noína oral a dosis de 0.5 mg/kg/día, metotrexato y ablación por radiofrecuencia intralesional. Las recidivas son frecuentes y se reportan en 30 a 50% de los casos.^{1,5,7}

Debido a que la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una enfermedad benigna con la queja principalmente de naturaleza cosmética, sería apropiado un enfoque mínimamente invasivo con buen perfil de seguridad.⁸ El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica, 33% de los pacientes experimentan recidiva posquirúrgica.⁹

También se ha reportado alivio espontáneo. Adler y su grupo³ realizaron una revisión sistemática de la bibliografía de 593 casos y encontraron alivio espontáneo en 17 casos (2.9%).^{3,10}

A pesar de la evolución crónica con tendencia a la recidiva, no se ha reportado transformación maligna.¹

CONCLUSIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una enfermedad poco común, en la que se han probado múltiples tratamientos. Hay poca bibliografía publicada al respecto y los estudios revisados son insuficientes para concluir e identificar un tratamiento estándar porque el conocimiento actual se deriva de informes retrospectivos y series de casos, lo que lleva a un enfoque de tratamiento no basado en la evidencia.¹

Comunicamos el caso de un hombre en la sexta década de la vida con respuesta adecuada al tratamiento con crioterapia. Sin embargo, sea cual sea el tratamiento de elección prescrito, es fundamental llevar a cabo vigilancia estrecha del paciente para detectar posibles recidivas.

REFERENCIAS

1. Fite TL, Martos FM, Alberola FM, Garcia CA, Bescosatín C. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia involving the occipital artery, J Clin Diagn Res 2017 Mar; 11(3):ZD21-ZD23. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5427452/pdf/jcdr-11-ZD21.pdf>
2. Damarla SV, Chintagunta SR, Arakkal GK. Recurrent unilateral angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia in pregnancy. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2018; 84:325-327. Disponible en <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2018;volume=84;issue=3;spage=325;epage=327;aulast=Damarla>.
3. Adler BL, Krausz AE, Minuti A, Silverberg JI, Lev H. Epidemiology and treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (ALHE): A systematic review. J Am Acad Dermatol 2016;74:506-12. Disponible en [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(15\)02367-1/pdf](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)02367-1/pdf)
4. Lembo S, Balato A, Cirillo T, Balato N. A long-term follow-up of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia treated by corticosteroids: When a traditional therapy is still up-to-date. Case Rep Dermatol 2011;3:64-67. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073756/pdf/cde0003-0064.pdf>.
5. Buder K, Ruppert S., Trautmann A., Bröcker EB, Kerstan A, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia and Kimura's disease – a clinical and histopathological comparison. J Dtsch Dermatol Ges 2014 Mar;12(3):224-8. Disponible en https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ddg.12257_suppl
6. Youssef A, Hasan AR, Youssef Y, Al-Soufi L, Alshehabi Z, et al. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a case report. J Med Case Rep. 2018; 12: 89. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879596/pdf/13256_2018_Article_1599.pdf
7. Alaidarous A, Bouissou X, Mazereeuw HJ, Bulai LC, Paul C. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia treated with low-dose methotrexate, JAAD Case Rep. 2015;1(6):342-4. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4809377/pdf/main.pdf>
8. Singh S, Dayal M, Walia R, Arava S, Gupta S, et al. Intraleisional radiofrequency ablation for nodular angiolymphoid hyperplasia on forehead: A minimally invasive approach. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2014;80:419-21. <http://www.ijdvl.com/article.asp?issn=0378-6323;year=2014;volume=80;issue=5;spage=419;epage=421;aulast=Singh>
9. Li SL, Han JD. Solitary nodule of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of the back masquerading as pyogenic granuloma, Mol Clin Oncol. 2017 Nov;7(5):874-876. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5700265/pdf/mco-07-05-0874.pdf>
10. Li M, Du J, Wang LJ, Zhang YK, Ding XL. Spontaneously regressive angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: A case report with evidence of dendritic cells proliferation. Chin Med J 2018;131(8):1007-1008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5912049/pdf/CMJ-131-1007.pdf>

Actualizamos nuestras normas para autores.

Si deseas publicar un artículo en *Dermatología Revista Mexicana* no olvides consultarlas.