

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia: respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado

Celia Requena^a, Amparo Sevilla^a, José Luis Abel^b, José Francisco Frías^c, Eduardo Nagore^a, Rafael Botella-Estrada^a, Onofre Sanmartín^a, Carlos Serra^a y Carlos Guillén^a

^aServicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia. Servicios de ^bAnatomía Patológica y ^cDermatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

Resumen.—La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una proliferación vascular benigna poco frecuente, caracterizada por la aparición de pápulas y nódulos en la piel de la cara y el cuero cabelludo de pacientes de edad media. Histológicamente, combina un doble componente vascular e inflamatorio. A pesar de su naturaleza benigna, su localización en zonas estéticamente importantes muchas veces hace necesario aplicar un tratamiento.

Se presenta un caso en una mujer de 55 años con lesiones clínicas muy floridas en la mejilla y el pabellón auricular derechos, que respondió de manera satisfactoria al tratamiento con láser de colorante pulsado.

Palabras clave: hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia, láser de colorante pulsado, tratamiento.

Requena C, Sevilla A, Abel JL, Frías JF, Nagore E, Botella-Estrada R, et al. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia: respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(8):552-4.

ANGIOLYMPHOID HYPERPLASIA WITH EOSINOPHILIA: RESPONSE TO TREATMENT WITH PULSED DYE LASER

Abstract.—Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia is a rare benign vascular proliferation characterised by the appearance of papules and nodules located on the skin face and scalp of middle aged patients. Histopathologically, angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia consist of two components, namely vascular proliferation and inflammatory infiltrate. Although this is a benign lesion, its location on cosmetically sensitive areas usually requires a treatment.

We report a case of a 55-year-old woman with important lesions on her right cheek and ear that completely disappeared after treatment with flash-lamp pulsed-dye laser.

Key words: angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia, flash-lamp pulsed-dye laser, treatment.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia es una proliferación vascular poco común que suele asentar en la cara y el cuero cabelludo de mujeres de edad media. Su naturaleza es debatida e, incluso, inicialmente se consideró una fase de la enfermedad de Kimura¹. Aunque esta hipótesis ya ha sido descartada². Dada su naturaleza benigna, la necesidad de tratamiento viene condicionada por su localización habitual en zonas visibles. Se han probado diversos tratamientos para conseguir el mejor resultado estético posible con las mínimas molestias para el paciente. En los últimos años se han comunicado algunos casos con buena respuesta al láser de colorante pulsado (LCP)³⁻⁷.

Se describe un caso con lesiones clínicas muy floridas tratado con éxito con LCP.

Correspondencia:

Celia Requena. Servicio de Dermatología. Instituto Valenciano de Oncología. P^o Beltrán Bagueña, 8 y 19. 46009 Valencia. España. Correo electrónico: celiareq@hotmail.com

Aceptado el 12 de junio de 2003.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 55 años con diagnóstico de hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia de 9 años de evolución fue remitida a nuestro hospital para valoración de tratamiento. La paciente presentaba una placa formada por la confluencia de varios nódulos rojo-violáceos de consistencia gomosa, muy pruriginosa y pulsátil, que afectaba a un área de aproximadamente 8 x 3,5 cm en la piel preauricular, el trago y la raíz del hélix derechos (fig. 1). La lesión había sido biopsiada en cinco ocasiones, siempre con el diagnóstico de hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. En el último año había recibido tratamiento radioterápico sin ningún resultado (dosis total y fraccionamiento no reseñados). La paciente aportaba una arteriografía, una resonancia magnética (RM) craneal y una tomografía computarizada (TC) del oído derecho. La arteriografía descartó la presencia de una comunicación arteriovenosa subyacente. La RM craneal sólo detectó lesiones cutáneas periauriculares derechas, así como una silla turca parcialmente vacía. La TC del oído derecho demostró una mastoide bien neumatizada y un oído medio libre con la cadena osicular conservada, además de un aumento de partes blandas preauricular.



Fig. 1.—Varios nódulos rojo-violáceos confluentes en la piel preauricular, el trago y la raíz del hélix derechos.

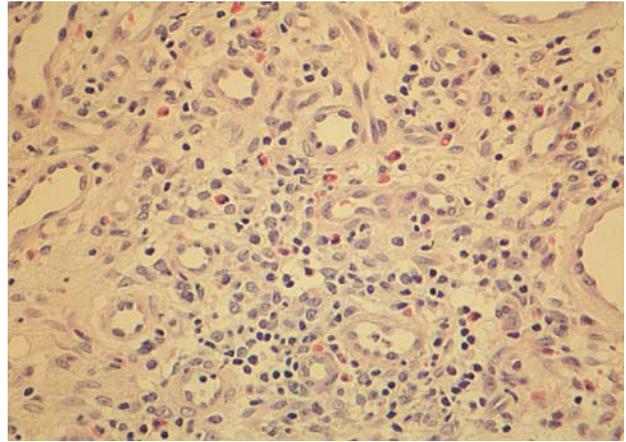


Fig. 3.—Detalle de las luces vasculares tapizadas por células endoteliales prominentes. La estroma muestra un infiltrado rico en linfocitos y eosinófilos.

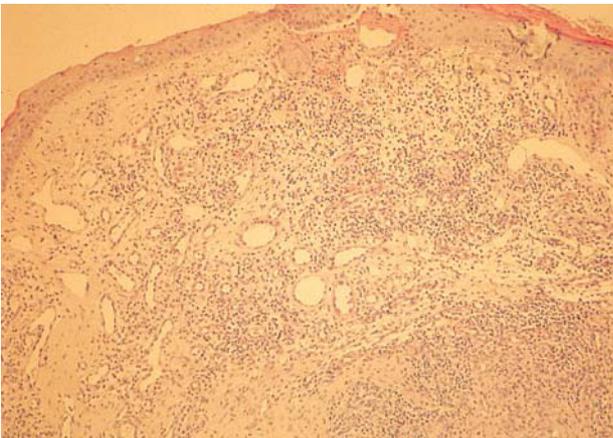


Fig. 2.—Proliferación vascular en la dermis reticular superficial y media acompañada de un denso infiltrado inflamatorio, con una epidermis suprayacente adelgazada y ulcerada en algún punto.

En el estudio histológico se apreció, bajo una epidermis suprayacente adelgazada y ulcerada en algún punto, una proliferación vascular mal definida en la dermis reticular superficial y media acompañada de un denso infiltrado inflamatorio (fig. 2). Esta proliferación estaba constituida por vasos con luces de diámetro variable, de pared fina en la dermis superficial y gruesa en la dermis media. Los endotelios vasculares se componían de células prominentes, con amplios citoplasmas eosinófilos y núcleos vesiculosos, pero no se apreciaban ni pleomorfismo ni mitosis. En algunas zonas de la dermis media la proliferación vascular era muy densa, a modo de cordones celulares de aspecto epitelioides con luces vasculares pequeñas y escasas. El infiltrado inflamatorio que rodeaba a estos vasos se componía predominantemente de linfocitos y de un gran número de eosinófilos (fig. 3).

Se inició tratamiento con LCP (Scleroplus, Candela Internacional Corporation, Wayland, Massachusetts, EE.UU.) aplicado en cinco sesiones separadas entre sí



Fig. 4.—Aspecto 3 semanas después de la última sesión de láser de colorante pulsado.

por intervalos de 2 meses. Se empleó doble pulso en las tres primeras sesiones y pulsos simples en las dos últimas, con intensidades comprendidas entre 10 y 12,5 J/cm² (595 nm, 1.500 μs, 7 mm) y una media de 97 disparos por sesión. Tras la primera sesión se observó una mejoría marcada del prurito, con una práctica desaparición de las lesiones a partir de la tercera sesión. El resultado final fue excelente, con sólo un discreto eritema e hipopigmentación residuales (fig. 4).

DISCUSIÓN

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia fue descrita en 1969 por Wells y Whimster¹ como una forma tardía de la enfermedad de Kimura. Estudios posteriores han demostrado que se trata de dos enfermedades diferentes, pero la confusión inicial entre ambas entidades se mantuvo durante años. La enfermedad de Kimura es una enfermedad inflamatoria de los tejidos blandos en la que proliferan el tejido linfoide y los vasos, y se acompaña de linfadenopatía, eosinofilia periférica y elevación de la IgE. Por su parte, 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 arteria².

La enfermedad suele manifestarse en pacientes de edad media, preferentemente mujeres. Cursa con la aparición de una o varias pápulas y nódulos confluentes en la piel de la cabeza, en especial en la región periauricular, la frente y el cuero cabelludo. Más raramente, puede aparecer en otras localizaciones. Las lesiones son persistentes, en ocasiones pulsátiles y pueden causar prurito o dolor. La única manifestación sistémica asociada es una ocasional eosinofilia periférica. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de nódulos dérmicos o hipodérmicos con un doble componente, vascular e inflamatorio. El componente vascular está representado por vasos gruesos con endotelios de células epitelioides con citoplasmas vacuolados. La estroma se encuentra infiltrada por linfocitos, eosinófilos y mastocitos, a veces con depósitos de mucina².

Entre las opciones terapéuticas para la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia se incluyen la extirpación quirúrgica, la crioterapia, la electrocoagulación y la radioterapia, como opciones más frecuentes, pero también se han utilizado los corticoides orales, tópicos o intralesionales, los retinoides orales, la pentoxifilina oral y la vinblastina sistémica e intralesional^{6,7}. En los últimos años se han utilizado en su tratamiento distintos tipos de láser. Inicialmente se utilizó el láser CO₂⁸, pero con frecuencia dejaba cicatrices. Posteriormente se utilizó el láser de argón⁹, pero también producía lesiones tisulares no selectivas, con la consiguiente formación de cicatrices. Los mejores resultados se han obtenido con el LCP⁷. Este láser 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 éste 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. Los resultados obtenidos con los LCP antiguos³⁻⁶ de 585 nm y 450 μ s han sido superados por los modernos⁷, por su mayor longitud de onda (595 nm) que aporta mayor penetración, y por su mayor duración del disparo (1.500 μ s) que permite destruir vasos mayores. El tamaño y la localización habituales de los vasos en la hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia son los adecuados para el tratamiento con el LCP. La comodidad de este tratamiento, así como los excelentes resultados que ofrece con mínimos o ningún efecto secundario salvo un dolor leve durante cada sesión y una púrpura inmediata que desaparece en días, hacen del LCP, si se dispone de él, el mejor tratamiento para este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wells GC, Whimster IW. Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Br J Dermatol* 1969;81:1-15.
2. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:887-919.
3. Lertzman BH, McMeekin T, Gaspari AA. Pulsed dye laser treatment of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia lesions. *Arch dermatol* 1997;133:920-1.
4. Gupta G, Munro CS. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: Successful treatment with pulsed dye laser using the double pulse technique. *Br J Dermatol* 2000;143:214-5.
5. Papadavid E, Krausz T, Chu AC, Walker NP. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with the flash-lamp pulsed-dye laser. *Br J Dermatol* 2000;142:192-4.
6. Aparicio S, Moreno M, Rodríguez I, García P, García-Cosía M, Boixeda P. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia con buena respuesta al láser de colorante pulsado. *Actas Dermosifiliogr* 2000;91:353-6.
7. Rohrer TE, Allan AE. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia successfully treated with a long-pulsed tunable dye laser. *Dermatol Surg* 2000;26:211-4.
8. Hobbs ER, Bailin PL, Ratz JL, Yarbrough CL. Treatment of angiolymphoid hyperplasia of the external ear with carbon dioxide laser. *J Am Acad Dermatol* 1998;19:345-9.
9. Pasyk KA, Elsenety EN, Schelbert EB. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia-acquired port-wine-stain-like lesions: Attempt at treatment with the argon laser. *Head Neck Surg* 1988;10:269-79.