

Pseudoangiomatosis eruptiva

A. Romero^a, L. Martín^b, A. Hernández-Núñez^a, D. Arias^a, E. Castaño^a y J. Borbujo^a

^aServicio de Dermatología. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital de Fuenlabrada. Madrid. España.

Sr. Director:

La pseudoangiomatosis eruptiva se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas de color rojo brillante, que recuerdan a los angiomas, rodeadas de un halo pálido característico y que se resuelven de forma espontánea pasados unos días.

Un varón de 43 años de edad consultó por la aparición de pequeñas lesiones eritematosas, asintomáticas, en antebrazos, de 7 días de evolución. Entre sus antece-

dentos personales destacaban: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad mórbida, enolismo, tabaquismo y una enfermedad pulmonar obstructiva que, reagudizada por un proceso infeccioso respiratorio del que no se llegó a fiar la causa, requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos hasta 2 semanas antes de ser visto en nuestro servicio.

En la exploración física presentaba lesiones maculopapulosas de color rojo vivo, de unos 2-3 mm de diámetro, no confluentes, rodeadas de un halo claro, que blanqueaban a la diascopia, distribuidas por ambos antebrazos, en número cercano a 20 lesiones (fig. 1).



Lesiones maculopapulosas, de color rojo, bien delimitadas, rodeadas de un halo pálido en el antebrazo.

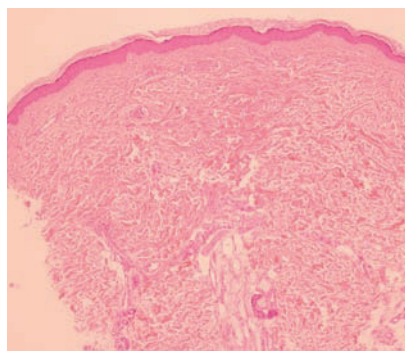


Imagen histológica de una de las lesiones en la que se aprecia dilatación capilar y edema endotelial, acompañada del infiltrado linfocitario perivascular, sin extravasación ni vasculitis. (Hematoxilina-eosina, $\times 10$.)

La biopsia mostraba un ligero edema dérmico y un discreto infiltrado linfocitario, perivascular en la dermis superficial y media; los vasos de la dermis superficial estaban dilatados, congestivos, sin extravasación eritrocitaria, proliferación capilar ni vasculitis (fig. 2). Las exploraciones complementarias, incluyendo hemograma, bioquímica elemental, serologías para citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, parvovirus, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C fueron normales o negativas. Las lesiones desaparecieron de forma espontánea tras 10 días de evolución.

La pseudoangiomatosis eruptiva es un proceso poco frecuente, descrito por Cherry en 1969¹, aunque el término fue acuñado por Prose en 1993². Su etiología es desconocida. La causa viral se ha sospechado por la presencia en niños de un cuadro prodrómico con fiebre, diarrea o síntomas respiratorios^{3,4}, por la asociación del cuadro con una infección por Echovirus en 4 casos¹ y por la publicación de algunos casos familiares^{4,5} y otros epidémicos en comunidades cerradas⁶; otros datos a favor de la infección viral son la presencia en el estudio ultraestructural de un caso de apoptosis y de grupos de partículas similares a las virales en los linfocitos del infiltrado perivascular⁷. Asimismo se

han descrito casos asociados a leucemia linfocítica aguda⁸ y tras un trasplante renal⁹, sin demostrarse infección viral. Otros autores consideran las picaduras de insecto como causa¹⁰. El eritema *punctatum* de Higuchi se caracteriza por lesiones eritematosas no pruriginosas rodeadas de un halo claro, autolimitadas, con histología similar a la pseudoangiomatosis eruptiva; es posible que este cuadro sea la misma entidad que la que nos ocupa, al encontrar Ban en Japón una epidemia, en 26 pacientes, de lesiones iguales a la pseudoangiomatosis eruptiva tras la aparición de mosquitos en su hospital¹¹.

Nuestro paciente estuvo ingresado en la unidad de cuidados intensivos debido a una reagudización infecciosa de su enfermedad pulmonar obstructiva. No se pudo demostrar su causa, pues los cultivos fueron negativos; tampoco se pudo demostrar una infección viral. Una semana después del alta hospitalaria aparecieron las lesiones cutáneas.

Pensamos que en este caso, a pesar de la ausencia de confirmación, la posibilidad de un agente infeccioso es lo más probable, dados los antecedentes y su historia en las semanas previas a la aparición de las lesiones.

Bibliografía

1. Cherry JD, Bobinsky JE, Horvath FL, Comerci GD. Acute hemangioma-like lesions associated with ECHO viral infections. *Pediatrics*. 1969;44:498-502.
2. Prose NS, Tope W, Miller SE, Kamino H. Eruptive pseudoangiomatosis: a unique childhood exanthem? *J Am Acad Dermatol*. 1993;29:857-9.
3. Angelo C, Provini A, Ferranti G, Palermo G, Paradisi M. Eruptive pseudoangiomatosis. *Pediatr Dermatol*. 2002;19:243-5.
4. Calza AM, Saurat JH. Eruptive pseudoangiomatosis: a unique childhood exanthem? *J Am Acad Dermatol*. 1994;31:517-8.
5. Stoebner PE, Templier I, Ligeron C, Meynadier J, Meunier L. Familial eruptive pseudoangiomatosis. *Dermatol*. 2002;205:306-7.
6. Venturi C, Zendri E, Medici MC, Gasperini M, Arcangeletti MC, Chezzi C, et al. Eruptive pseudoangiomatosis in adults: A community outbreak. *Arch Dermatol*. 2004;140:757-8.
7. Neri I, Patrizi A, Guerrini V, Badiali L. A new case of eruptive pseudoangiomatosis: ultrastructural study. *Eur Acad Dermatol Venereol*. 2004;18:387-9.
8. Neri I, Patrizi A, Guerrini V, Ricci G, Cevenini R. Eruptive pseudoangiomatosis. *Br J Dermatol*. 2000;143:435-8.
9. Mazereeuw-Hautier J, Cambon L, Bonafé JL. Pseudo-angiomatose éruptive chez un adulte transplanté rénal. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128:55.
10. Restano L, Cavalli R, Colonna C, Cambiaghi S, Alessi E, Caputo R. Eruptive pseudoangiomatosis caused by an insect bite. *J Am Acad Dermatol*. 2005;52:174-5.
11. Ban M, Ichiki Y, Kitajima Y. An outbreak of eruptive pseudoangiomatosis-like lesions due to mosquito bites: Erythema punctatum Higuchi. *Dermatology*. 2004;208:356-9.