

TERAPÉUTICA

Hiperplasia angioliñoide con eosinofílica con buena respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado

Resumen.—La hiperplasia angioliñoide con eosinofilia es un cuadro clinicopatológico infrecuente y benigno que suele afectar a la piel y tejido celular subcutáneo de la cabeza y el cuello. Clínicamente se caracteriza por pápulas y nódulos de apariencia angiomatosa e histológicamente por la proliferación de vasos capilares tapizados por células endoteliales prominentes, a veces vacuolados asociado a un denso infiltrado inflamatorio que incluye linfocitos, eosinófilos y mastocitos. Se trata de una enfermedad crónica, que en ocasiones puede evolucionar a la regresión espontánea. Se han empleado múltiples tratamientos con resultados poco satisfactorios.

Presentamos el caso de una mujer de 38 años con lesiones de hiperplasia angioliñoide con eosinofilia localizadas en la concha del pabellón auricular derecho que desaparecieron 10 días después del tratamiento con láser de colorante pulsado. No se ha presentado recidiva tras un seguimiento de 16 meses.

Palabras clave: Hiperplasia angioliñoide con eosinofilia. Tratamiento. Láser de colorante pulsado.

SANTIAGO APARICIO*
MÓNICA MORENO*
ISABEL RODRÍGUEZ*
PATRICIA GARCÍA*
MÓNICA GARCÍA-COSÍA**
PABLO BOIXEDA*

*Servicio de Dermatología.

**Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:

SANTIAGO APARICIO FERNÁNDEZ. Servicio de Dermatología y Venereología. Hospital Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo, km. 9.100. 28034 Madrid. Correo electrónico: saporicio@hrc.insalud.es

Aceptado el 11 de mayo de 2000.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia angioliñoide con eosinofilia (HALE) consiste en una anormal proliferación vascular que se acompaña de un infiltrado inflamatorio de predominio linfocítico y eosinofílico y que suele afectar a la cabeza y cuello de mujeres jóvenes (1-3). Se trata de una enfermedad benigna y crónica, de etiología desconocida en la que muchos tratamientos se han empleado con resultados dispares (4).

Presentamos un caso de HALE con buena respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a nuestra consulta presentando unas lesiones cutáneas, localizadas en pabellón auricular derecho, de 2 años de evolución. Las lesiones eran asintomáticas y se acompañaban de prurito y sangrado ocasional coincidiendo con traumatismos en la zona. La paciente había sido diagnosticada de hemangioma capilar y había recibido tratamiento con crio-

terapia sin éxito. A la exploración física presentaba pápulas y nódulos de color violáceo, blandos al tacto, y con tendencia a confluir, localizados en la concha del pabellón auricular derecho (Fig. 1 A). En las pruebas complementarias únicamente destacaba un hemograma con 8.200 leucocitos, de los cuales 980 (12%) eran eosinófilos, la bioquímica e inmunoglobulinas séricas (incluida la IgE) resultaron normales. Se realizó biopsia de una de las lesiones que mostró un infiltrado inflamatorio, predominantemente formado por linfocitos y eosinófilos en dermis e hipodermis, acompañado de neoformación vascular, con células endoteliales prominentes de aspecto histiocitario que en ocasiones ocluía la luz de los vasos (Fig. 2).

Con el diagnóstico de HALE se decidió tratamiento con láser de colorante pulsado y activado con lámpara de flash. Se realizaron dos sesiones con un intervalo de 40 días, utilizando una densidad de energía de 7,5 J/cm² con el haz de disparo de 7 mm de diámetro. La duración de los pulsos (450 µs) y la longitud de onda (585 nm) eran parámetros constantes. No se utilizó anestesia dada la buena tolerancia de la paciente. Se previno la sobreinfección con una crema antibiótica (mupirocina al 2%) y la púrpura resultante



FIG. 1.— A: Aspectos de las lesiones antes del tratamiento. B: Aspecto de las lesiones tras 12 meses del último tratamiento.

desapareció a los 10 días de cada tratamiento. La respuesta fue buena, con desaparición de las lesiones, sin evidencia de recidiva tras 16 meses de seguimiento (Fig. 1 B).

DISCUSIÓN

La HALE fue descrita por primera vez por Wells y Whimster (5) en 1969, aunque tanto con anterioridad (6, 7) como posteriormente (8) se han descrito casos similares con otros términos como hemangioma histiocitoide (9) y hemangioma epiteloide (10).

La HALE afecta a personas entre la tercera y cuarta década de la vida (3), sin preferencia por sexos (11). Las lesiones se localizan generalmente en cabeza y cuello (3, 11), principalmente, como en nuestra paciente, en los pabellones auriculares (12-14), aunque puede aparecer en otros lugares (15). Clínicamente se caracteriza por la presencia de pápulas, nódulos o tumores de tamaño, de coloración rojo-violácea y de con-

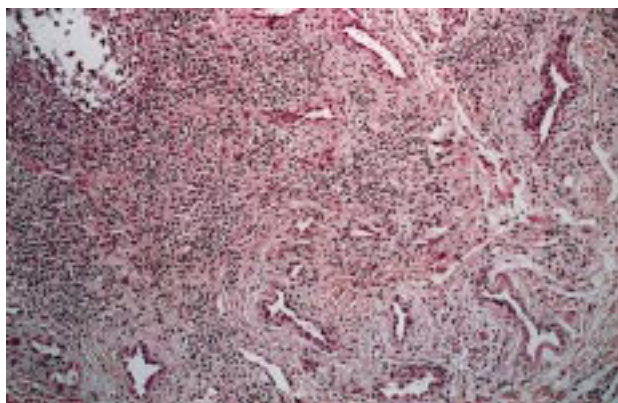


FIG. 2.—Células endoteliales prominentes tapizan la luz de los vasos irregulares rodeados de un infiltrado inflamatorio.

sistencia blanda. Las lesiones, aunque asintomáticas, pueden acompañarse de leve prurito local y sangrar ante mínimos traumatismos (11, 16).

Histológicamente tiene un componente vascular, caracterizado por una proliferación de vasos capilares tapizados por células endoteliales grandes y prominentes que a veces forman varias capas, y un componente inflamatorio formado por linfocitos, eosinófilos y mastocitos. El componente vascular predomina en fases activas o agudas de la enfermedad y el inflamatorio en fases más estables (16, 17).

El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con el granuloma piógeno, angiomas, hemangioendoteliooma maligno, granuloma por picaduras de insectos, linfocitoma, angiosarcoma, granuloma facial (13, 18-20) y fundamentalmente con la enfermedad de Kimura (13, 21).

Aunque se trata de un proceso benigno que puede regresar de forma espontánea, tiene un carácter recidivante y puede persistir de forma crónica durante años (3, 22). Muchos tratamientos se han empleado con resultados poco satisfactorios, no existiendo consenso sobre la terapéutica óptima a seguir (4). Está descrita una buena respuesta al uso de corticosteroides sistémicos e intralesionales, pero con riesgo, estos últimos, de producir celulitis (23); también esta muy extendido el uso de la extirpación quirúrgica, pero con la posibilidad de desarrollar cicatrices residuales en zonas visibles y recidivas frecuentes (4, 24). Con la criocirugía y la electrocauterización se han descrito pobres resultados y también recidivas (4, 25). La radioterapia se ha empleado con éxito, pero existe el riesgo de carcinogénesis, y no hay que olvidar que tratamos a personas jóvenes (26). Los retinoides orales como la isotretinoína y etretinato han demostrado una respuesta limitada (16, 27, 28). De forma puntual se ha descrito éxito terapéutico con el cese de una terapia estrogénica (29) y con la pentoxifilina oral (30). La vincristina se ha utilizado en dos ocasiones con resultados desiguales (31, 32). Está descrita buena respuesta al tratamiento con láser CO₂ (12, 14, 33) y de argón (11, 13, 34, 35). El primero actúa por vaporización y el segundo es muy poco vasoselectivo, lo que limita su uso a lesiones pequeñas; además producen cicatrices e hiperpigmentación. Recientemente se ha publicado un caso de buena respuesta al tratamiento con láser de colorante pulsado y activado con lámpara de flash (36). Este láser ya se utiliza con éxito en el tratamiento de otras lesiones vasculares, fundamentalmente en los *nevus flammeus* y cumple además con los parámetros ideales citados por Anderson y Parris en su teoría de fototermólisis selectiva (37). Todo esto lo hace el tratamiento de elección entre los láseres para tratar estas lesiones y no producir daño en el tejido sano circundante y por tanto no desarrollar los efectos secundarios de sus predecesores.

Creemos que el láser de colorante pulsado sólo o combinado con otros debe de añadirse a los posibles tratamientos de la HALE y considerarse como de primera línea, dado los buenos resultados obtenidos y las mínimas secuelas observadas.

Abstract.—Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia is an infrequent and benign clinical and pathological condition affecting the skin and subcutaneous tissue of the head and neck. Clinically, it is characterized by cutaneous papules or nodules of angiomatoid appearance and histologically are composed of proliferating capillary vessels tufted by prominent sometimes vacuolated endothelial cells, associated with an inflammatory infiltrate including lymphocytes, eosinophils and mast cells. It is a chronic disease that eventually shows a tendency to regression. Many treatments have been used with limited success.

We report a 38-year-old woman with lesions of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia in the right outer ear which disappeared ten days after a pulse dye laser treatment. We have followed the patient during 16 months without relapse.

Aparicio S, Moreno M, Rodríguez I, García P, García-Cosía M, Boixada P. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia with good response to the pulsed dye laser treatment. Actas Dermosifiliogr 2000;91:353-356.

Key words: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia lesions. Treatment. Pulsed dye laser treatment.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartralot R, García-Patos V, Huetto J, Huguet P, Raspall G, Castells A. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia affecting the oral mucosa: report of a case and review of the literature. *Br J Dermatol* 1996;134:744-8.
- Nix M. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia in association with a vascular malformation. *J Dermatol Surg Oncol* 1984;10:632-6.
- Olsen TG, Helwig EB. Angiolymphoid hiperplasia with eosinophilia. A clinicopathology study of 116 patients. *J Am Acad Dermatol* 1985;12:781-96.
- Cheney ML, Googe P, Bhatt S, Hibberd PL. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (histiocytoid hemangioma): evaluation of treatment options. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:303-8.
- Wells GC, Whimster IW. Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Br J Dermatol* 1969;81:1-15.
- Summerly R, Wells GC. Subcutaneous lymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Proc Roy Soc Med* 1963;56:728-9.
- Peterson WC Jr, Fusaro RM, Goltz RW. Atypical pyogenic granuloma. *Arch Dermatol* 1964;90:197-207.
- Rosai J, Ackerman LR. Intravenous atypical vascular proliferation; a cutaneous lesion simulating a malignant blood vessel tumor. *Arch Dermatol* 1974;109:714-17.
- Rosai J, Gold J, Landy R. The histiocytoid hemangiomas: a unifying concept embracing several previously described entities of the skin, soft tissue, large vessels, bone, and heart. *Hum Pathol* 1979;10:707-30.
- Andreu J, Ribera M, Barranco JC, Ferrandez C. Enfermedad de Kimura versus hemangioma epiteloide. *Actas Dermosifiliogr* 1991;82:1-2.
- Vallis RC, Garfield D. Angiolymphoid hyperplasia of the head and neck. *J Laryng Otol* 1988;102:100-1.
- Hobbs ER, Bailin PL, Ratz JL, Yarbrough CL. Treatment of angiolymphoid hyperplasia of the external ear with carbon dioxide laser. *J Am Acad Dermatol* 1988;19:345-9.
- 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.
- Thompson JW, Colman M, Williamson C, Ward PH. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia of the external ear canal. Treatment with laser excision. *Arch Otolaryngol* 1981;107:316-9.
- Aguilar A, Ambrojo P, Requena L, Olmos L, Sánchez-Yús E. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia limited to the vulva. *Clin Exp. Dermatol* 1990;15:65-7.
- Marcoux C, Bourlond A, Decroix J. Hiperplasia angiolymphoide avec éosinophile (HALE). Rémission sous acitrétine. *Ann Dermatol Venerol* 1991;118:217-21.
- Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1997;37:887-914.
- Connors RC, Connors AC, Kerman AB. Histologic pseudomalignancies of the skin. *Arch Dermatol* 1976;112:1767.
- Botet MV, Sánchez JL. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: report of a case and a review of the literature. *J Dermatol Surg Oncol* 1978;4:931-6.
- Barnes L, Koss W, Nieland ML. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: a disease that may be confused with malignancy. *Head and Neck Surg* 1980;2:425-34.
- Kuo TT, Shih LY, Chan HL. Kimura's disease involvement of regional lymph nodes and distinction from angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Am J Surg Pathol* 1988;12:843-54.
- González AF, Velasco J. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. *Actas Dermosifiliogr* 1993;84:415-8.
- Weber L, Blanke H, Rodermund OE. Bullose angiolymphoide hyperplasie mit eosinophilie. *Hautarzt* 1982;33:411-5.
- Harvey-Gardner J, Amonette RA, Chesney T. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *J Dermatol Surg Oncol* 1981;7:414-8.
- Baum EW, Sams WM, Monheit GD. Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. The disease and a comparison of treatment modalities. *J Dermatol Surg Oncol* 1982;15:132-7.
- Gatti JC, Cardama JE, Gil J, Fernández AN, Machargo G, Kowalczuk AM. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. A propósito de un caso de evolución particular: importancia de su correcto diagnóstico y tratamiento.
- Torres V, Valcuenca F, Aloy M, Perez A, Castells A. Pseudogranuloma piógeno. Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia.

- nofilia sanguínea. Fontilles, Revista de Leprología 1982;12: 537-44.
28. Alsina M, Ferrando J, Lecha M, Palou J, Mascaró JM. Respuesta terapéutica de la hiperplasia angiolinfoide al tratamiento con ácido retinoico aromático. Med Cutan Ibero Lat Am 1984;12:519-24.
 29. Moy RM, Lutfman DB, Nguyen QH, Amenta JS. Estrogen receptors and the response to sex hormones in angiolympoid hyperplasia with eosinophilia. Arch Dermatol 1992; 128:825-8.
 30. Person JR. Angiolympoid hyperplasia with eosinophilia may respond to pentoxifylline. J Am Acad Dermatol 1994;31:117-8.
 31. Bonnetblanc JM, Bernard P, Malinvaud G. Treatment of angiolympoid hyperplasia with eosinophilia. J Am Acad Dermatol 1984;11:333-9.
 32. Massa MC, Freitn DF, Chowdhury L, Sweet DL. Angiolympoid hyperplasia demonstrating extensive skin and mucosal lesions controlled with vinblastine therapy. J Am Acad Dermatol 1984;11:333-9.
 33. Hazen PG, Carney JF, Evangelista E. Angiolympoid hyperplasia with eosinophilia: removal with carbon dioxide laser in a patient on chronic oral anticoagulants. Cutis 1989; 44:147-50.
 34. Bunse T, Kuhn A, Groth W, Mahrle G. Therapeutic problem. Angiolympoid hyperplasia with eosinophilia. Hautarzt 1993;44:225-8.
 35. Metze D, Neumann R, Chott A. Angiolympoid hyperplasia with eosinophilia. Histologic study and successful therapy with the argon laser. Hautarzt 1991;42:101-6.
 36. Lertzman BH, McMeekin T, Gaspari AA. Pulsed dye laser treatment of angiolympoid hyperplasia with eosinophilia lesions. Arch Dermatol 1997;133:920-1.
 37. Anderson RR, Parrish JA. The optics of human skin. J Invest Dermatol 1981;77:13-9.