

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA. REPORTE DE UN CASO

* Dr. Rafael Diaz Mercado

* Dra. Montserrat Diaz

El término hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE), fue descrito por Wells y Whimster en 1969,¹ para describir un tumor subcutáneo caracterizado por proliferación vascular e infiltrado inflamatorio con predominio de linfocitos y eosinófilos.

Sinonimia:²⁻⁴

A) Granuloma piogénico atípico

B) Nódulo angiomatoso inflamatorio

C) Hiperplasia linfoide angioblástica

subcutánea con eosinofilia

D) Hiperplasia angioblástica subcutánea con eosinofilia

D) Hiperplasia angioblástica nodular con eosinofilia y linfoliculosis

E) Hemangioma epitelióide

F) Hemangioma histiocitoide

La HALE se caracteriza por la presencia de lesiones de naturaleza vascular, papulo-nodulares de coloración vinosa que sangran con facilidad, usualmente localizadas en la cabeza, cuello, pabellones auriculares y en regiones pre y post-auriculares.²

Localizaciones atípicas son párpados, brazos, manos y vulva.

De etiología desconocida, algunos la



FIGURA No. 1.- FOTOGRAFIA DE NUESTRA PACIENTE, CON LAS LESIONES, MAS MARCADAS EN LA REGION HEMIFRONTAL IZQUIERDA.

relacionan con picadas de insectos y trauma locales; otros con enfermedades auto-inmunes y

* Del Servicio de Dermatología, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Presidente Estrella Ureña, Santiago, Republica Dominicana



FIGURA No. 2.- VISTA DE CERCA DE LAS LESIONES EN FASE PREVIA A SU ULCERACION.

reacción a un antígeno desconocido.⁴
 Es mas frecuente en adultos del sexo femenino, de evolución crónica, pudiendo regresar espontaneamente en el embarazo; puede haber progresión de la enfermedad o recurrencia de las lesiones.

En la descripción por Wells y Whimster, en 60% de los casos ocurre eosinofilia, que varía de un 15 a un 45%, pudiendo hallarse 75% de eosinófilos en sangre periférica.

La eritrosedimentación puede estar acelerada, con elevación la Ig E plasmática.

Presentación del caso.-

GGL, femenina de 40 años de edad, natural de Villa Gonzalez, Prov. Santiago y residente en los Estados Unidos de América. Tiene embarazo de 5 meses de gestación; se presenta a nuestra consulta con tumoraciones maculopapulares de aspecto angiomatoso, color vinoso, localizadas en región hemifrontal izquierda, que sangran al mínimo rascado, de consistencia dura al tacto de unos tres meses de evolución. El resto de su historia clínica es irrelevante.

Datos de laboratorio.-

Hematócrito.....33%
 Hemoglobina.....11.0 G%
 Leucocitos.....6770/mm³
 Seg Neut.....74%

Linfocitos.....26%
 Glicemia.....79 mg%
 VIH.....Neg
 VDRL.....Neg
 Toxoplasmosis.....Pos 1/256 dil

A la paciente le tomamos una biopsia de la piel de 3 x 3 mm por punción y la enviamos al patólogo A.Torres, de quien recibimos el siguiente reporte:

Nódulo dérmico circunscrito, no encapsulado, que aplana y sobreeleva la epidermis suprayacente, constituido por hiperplasia de capilares y vénulas, algunas muy prominentes de pared engrosada y endotelio edematoso, algunos de ellos con núcleos grandes e hiper cromáticos rodeados a su vez por densos infiltrados inflamatorios de linfocitos y eosinófilos. El nódulo se extiende a la dermis reticular media.

Diagnóstico histopatológico:

Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia.

Evolución.-

Esta dolencia se sabe es rebelde a los mas diversos tratamientos que se han intentado como radioterapia, cirugía, criocirugía, corticosterapia intralesional o sistémica, laser con dióxido de carbono, sulfato de vinblastina endovenoso, etretinato y combinaciones de cirugía + radioterapia o cirugía con corticosterapia, escogimos la criocirugía por pensar era el mas inocuo por su estado de gestación.

Le aplicamos inicialmente dos sesiones pero la paciente se marchó hacia los Estados Unidos, donde le recomendamos continuara su terapia. Regresó a los 11 meses de haber dado a luz, con persistencia de sus lesiones.

En esta ocasión le aplicamos varias sesiones de criocirugía notandose gran mejoría. La paciente marchó de nuevo a los Estados Unidos y no sabemos su condición actual.

REFERENCIAS

- 1.- Moschella, Pillsbury, Hurley. Dermatology. W B Saunders Co. Philadelphia, 1975, pag 758-59
- 2.- Medicina Cutanea Ibero-Latino-Americana 1994; 21(2): 87
- 3.- Malkison & Pearson. Yearbook of Dermatology 1975, pag 206
- 4.- Mazzini L. Dermatología Clínica. 2da Ed. Salvat Editores, Barcelona, 1985, pag 980