

HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE: CONSIDERACIONES CLINICO-PATOLOGICAS

Belia I. de Oviedo ¹, Ricardo Ferraris ², Osvaldo Civeriati ³.

¹ IIa Cát. Clin. Dermatológica. Hospital San Roque, Facultad de Ciencias Médicas, UNC.

² IIa Cát. Anatomía Patológica, Hosp. San Roque - ³ Serv. de Anatomía Patológica. Hosp. San Roque Obispo Salguero 50 - 5000 Córdoba, Argentina.

RESUMEN

Se presentan dos casos de Hiperplasia Angiolinfoide con eosinofilia o Enfermedad de Kimura. La forma de presentación fueron la nodular y la papuloide. En la primera, la expresión histológica del componente vascular y celular se ubicaba en la epidermis, mientras que en la segunda la localización era en la dermis.

Se realizan consideraciones clínico-patológicas para diferenciar ambas enfermedades. Debido a la superposición de ciertos criterios se considera que se trata de una misma enfermedad en distintos estadios.

Palabra Clave: HALE (Hiperplasia Angiolinfoide con eosinofilia)

INTRODUCCION

La hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia (HALE) es un tumor vascular. La primera descripción del cuadro data de 1937 y se atribuye a Kimm y Szeto ^{9,10}. En 1948, Kimura ^{1,10,20} se refiere a una entidad similar bajo el nombre de linfoculosis eosinofílica cutánea. Varios autores han publicado sobre el tema. Así, Wels y Whimster ²³ en 1969 utilizan el término Hiperplasia angiolinfoide subcutánea con eosinofilia. En trabajos posteriores, autores como Wilson Jones ²⁴, Mehregan y Shapiro ¹⁴ realizan sus aportes incorporando modificaciones a la nomenclatura. Rosai y col. ¹⁹ introducen la denominación heman-

gioma histiocitoide y separan a esta patología de la Enfermedad de Kimura. Este concepto, apoyado por algunos autores, se contraponen al concepto unicista ^{8-10, 18,22}.

Las manifestaciones cutáneas varían desde placas induradas o pápulas o nódulos rosados o del color de la piel normal, con preferente ubicación en extremidad cefálica ^{3-7, 11-13, 15-17, 23, 24}.

Los hallazgos histológicos se caracterizan por la presencia de vasos sanguíneos pequeños que rodean a un vaso principal, adoptando una disposición lobular y un infiltrado inflamatorio. Los componentes celulares son linfocitos, histiocitos y eosinófilos, reconociéndose en ocasiones folículos linfoides ^{9,10,19, 21, 22}.

MATERIAL Y METODOS

CASO N° 1: M. C. H. Cl. 289.032. Mujer de 57 años de edad.

Consulta por presentar nódulos de color rosado ubicados en cuero cabelludo, alrededor de la oreja del lado izquierdo. Las lesiones habían comenzado 2 años antes, pero 3 meses atrás, en su lugar de residencia, le fue extirpado uno de los nódulos. Con el diagnóstico presuntivo de Angiosarcoma, es derivada al hospital para su completa excisión quirúrgica.

Antecedentes patológicos, personales y familiares, sin particularidades.

Los hallazgos de laboratorio dentro de límites normales.

Informe histopatológico (Biopsia 37195): Nódulos subcutáneos, relativamente bien delimitados, constituídos por numerosos folículos linfoides. Centros germinales prominentes y entre ellos vasos sanguíneos de paredes delgadas. Se observan escasos eosinófilos.

CASO N° 2: T. L. H. Cl. 265.270. Mujer de 37 años de edad.

Consulta por presentar elementos de aspecto papuloide situados en la oreja del lado derecho. El tiempo de evolución de la enfermedad es de 18 meses.

La paciente no refiere antecedentes patológicos importantes y los estudios de laboratorio se encuentran dentro de límites normales.

Informe histopatológico (Biopsia 39578): Numerosos vasos sanguíneos de aspecto capilar que rodean un vaso principal, con disposición lobular en algunos sectores. Se visualizan frecuentes eosinófilos.

RESULTADOS

Hallazgos clínicos

Se observó la presentación nodular (Caso 1) y papuloide (Caso 2)

Los nódulos, en número de tres, eran de color rosado. Uno de ellos tenía un diámetro de 2 cm, mientras que los restantes eran más pequeños. La ubicación era la región parietal con disposición en semicírculo (Fig. 1).

Se palpaban libres sin adherencias a los planos profundos.

En la forma papuloide, los elementos eran más pequeños en su tamaño, alrededor de 1 cm de diámetro, pero más visible a la inspección. Estaban localizados en el vestíbulo del meato auditivo externo.

No se registró la manifestación en placas.

En ningún caso se detectaron patologías asociadas ni eosinofilia periférica.

Hallazgos histopatológicos

En ambos casos se reconocieron los dos componentes histológicos, vascular y celular. En el Caso 1 los nódulos se localizaban en el tejido celular subcutáneo, con predominio celular. Se observaron numerosos folículos linfoides de centros germinales prominentes,

con vasos sanguíneos de paredes delgadas dispuestos entre ellos (Fig. 2).

Los eosinófilos no fueron tan frecuentes como en el Caso 2 en el cual la lesión se ubicaba en la dermis (Fig. 3), con predominio del componente vascular. La imagen lobular fue el resultado de la presencia de pequeños vasos sanguíneos de tipo capilar dispuestos alrededor de un vaso principal de calibre mediano. Varios de estos vasos estaban tapizados por células endoteliales con protrusión hacia la luz (Fig. 4).

DISCUSION

Intentar separar la Enfermedad de Kimura del HALE no resulta fácil. Desde el punto de vista etiopatogénico, al HALE se le considera un tumor vascular benigno. La Enfermedad de Kimura, por su parte, podría corresponder a un trastorno inmune. Este concepto es apoyado por el hallazgo frecuente de aumento de la IG E, la eosinofilia periférica y la asociación con otras patologías tales como Colitis Ulcerosa, afección de glándulas salivales, próstata, riñón y músculo esquelético^{2, 10, 20}.

Basándonos en el análisis clínico de las lesiones podemos establecer ciertos criterios de diferenciación. Por un lado, la presencia de nódulos profundos se corresponde con la Enfermedad de Kimura, mientras que las pápulas pequeñas con un carácter más superficial, son propias de HALE.

La ausencia de sintomatología subjetiva y de eosinofilia periférica no nos permitió considerar estos parámetros.

El comportamiento evolutivo en ambas afecciones es diferente. Así, las lesiones pequeñas pueden involucionar espontáneamente en un término no mayor de 6 meses, mientras que los nódulos más profundos de la Enfermedad de Kimura se caracterizan por una evolución más prolongada y la tendencia a la recurrencia.

Más allá de los diagnósticos diferenciales de las patologías entre sí²², es necesario hacer alguna referencia a las otras afecciones que pueden confundirnos al momento del diagnóstico clínico:

Granuloma piógeno: Nódulo rojo oscuro,

blando, elevado y pediculado. El tamaño varía de 5 a 50 mm de diámetro. La ubicación habitual es en dedos de manos, extremidades cefálicas y mucosas. Es de crecimiento rápido siendo excepcional la involución espontánea. Histológicamente se visualiza una lesión circunscripta constituida por numerosos vasos sanguíneos de tipo capilar con células endoteliales prominentes. El estroma es edematoso y carece de infiltrado inflamatorio. Lo recubre una epidermis aplanada, formando un collar en la base pediculada.

Angiosarcoma: Presenta placas eritematosas y nódulos pequeños con ubicación preferencial en cuero cabelludo y cara. Al examen histológico se observan canales vasculares libremente anastomosados, revestidos por células endoteliales atípicas con frecuentes figuras de mitosis.

Tumor glómico: Nódulos rosados o purpúricos de 1 a 20 mm de diámetro. Sensibles al tacto pueden provocar dolor paroxístico. Se localizan en miembros, en especial lecho ungueal, cabeza, cuello y eventualmente en pene.

La microscopia óptica revela vasos sanguíneos revestidos por células endoteliales normales, rodeadas por una proliferación sólida de células redondeadas o cuboidales "epitelioides".

Lagos venosos: Son lesiones pequeñas de color azul oscuro, ligeramente elevadas. En general son múltiples y afectan la cara, las orejas y los labios.

Histológicamente son venas o vénulas dilatadas, llenas de eritrocitos y tapizadas por una sola hoja de células endoteliales aplanadas.

Es evidente que las patologías mencionadas tienen similitudes clínicas que dificultan un diagnóstico definitivo si no disponemos del aporte del estudio microscópico.

Continuando con las caracterizaciones diagnósticas de HALE y Enfermedad de Kimura, en la histología también encontramos algunos rasgos distintivos. Cuando observamos una Enfermedad de Kimura vemos en la hipodermis folículos linfoides, vasos sanguíneos de paredes delgadas y escasos eosinófilos y fibrosis prominente. En HALE,

en cambio, el compromiso está en la dermis, donde pequeños capilares rodean un vaso madre con células endoteliales prominentes. La presencia de eosinófilos y mastocitos es importante, y a menudo no hay fibrosis²². Como vemos, existen criterios clínicos-patológicos para establecer que el primer caso correspondería a una Enfermedad de Kimura y el segundo a un HALE.

Nosotros consideramos importante estas disquisiciones sobre las diferencias diagnósticas, solamente para evaluar pautas terapéuticas y control evolutivo.

La superposición de ciertos criterios no permiten ser concluyentes por lo que consideramos que, en los casos por nosotros estudiados, se trataría de una misma enfermedad en distintos estadios.

SUMMARY

Two cases of angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia or Kimura's disease are presented. A nodular and papuoid pattern of presentation was observed. The first one is the histologic expression of the vascular and cellular components which were found in the subcutaneous fat whereas the latter was in the dermis.

Clinical and pathological considerations were made to differentiate both illnesses. However, due to the overlapping of certain criteria it is considered that we are dealing with the same disease at different phases.

Key words: ALHE (Angiolymphoid hyperplasia with eosiniphilia).

AGRADECIMIENTOS:

A las técnicas del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital San Roque, Srta. Adriana Decoy Sra. Rosita Córdoba de Cámara.

BIBLIOGRAFIA

1. Burton J L.: en Rook, Wilkinson, Ebling. Blackwell Scientific Publications (Oxford), Vol. IV, 1992. p. 2772-2273, 5a. ed.
2. Chan MK, Mc Guire LJ: Cytodiagnosis of lesions presenting as salivary gland

- swellings: a report of seven cases. *Diagn Cytopathol* 8 (5): 439-43, 1992.
3. Chun S I, Ji H G: Kimura's disease and angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia: clinical and histopathologic differences. *J Am Acad Dermatol* 27:954-958, 1992.
 4. Domonkos A, Arnold H, Odom R: *Tratado de Dermatología*. Ed. Salvat Editores S. A., 1985, p. 838, 3a. ed.
 5. Duperrat B, De Sablet M, Umberto P: Nodules angiomeux de l'oreille (pseudo-granulomes pyogéniques récidivants). *Ann Dermatol* 1973: 100,4, 1973.
 6. From L, Assaad D: en Fitzpatrick, Eisen, Wolff, Freedberg, Austen. *Dermatología en Medicina General*. Editorial Médica Panamericana, Tomo 2, 1988, págs. 1206-1232, 3a. ed.
 7. Grimwood R, Swinehart J M, Aeling J L: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Arch Dermatol* 115:205-207, 1979.
 8. Kennedy S M, Pitts J F, Lee W R, Gibbons D C: Bilateral Kimura's disease of the eyelids. *Br J Ophthalmology* 76 (12): 55-57, 1992.
 9. Kung I T M, Gibson J B, Bannatyne P M: Kimura's disease: A clinic pathological study of 21 cases and its distinction from angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Pathology* 16:39-44, 1984.
 10. Kuo T, Shih L, Chan H: Kimura's Disease. Involvement of regional lymph nodes and distinction from angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Am J Surg Pathol* 12 (11): 843-54, 1988.
 11. Mackie R M: en Rook, Wilkinson, Ebling. *Blackwell Scientific Publications* (Oxford), Vol. III, 1992, pp. 2085-2086, 5a. ed.
 12. Magnin P H, Palacios A, Antognoli S, Schroh R: Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. *Rev Arg Derm* 64 (3): 2444-248, 1983.
 13. Magnin P H, Casas J: *Tumores de la piel*. López Libreros Editores, Cap. 30, 1978, Págs. 368-370.
 14. Mehregan A H, Shapiro L: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Arch Dermatol* 103:50-57, 1971.
 15. Moesner J, Pallesen R, Sorensen B: Angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia (Kimura's disease); a case with dermal lesions in the knee region and a popliteal arteriovenous fistula. *Arch Dermatol* 117:650-653, 1981.
 16. Motoi M, Wahid S, Horie Y, Akagi T: Kimura's disease. Clinical, histological and immunohistochemical studies. *Acta Med Okayama* 46 (6): 449-455, 1992.
 17. Pons S, Ortiz Medina A: Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia. *Arh Arg Derm* 23:19, 1973.
 18. Reed R J, Terazekis N. Subcutaneous angioblastic lymphoid hyperplasia with eosinophilia (Kimura's disease). *Cancer* 29:489-497, 1972.
 19. Rosai J, Gold J, Landy R: The histiocytoid hemangiomas: a unifying concept embracing several previously described entities of skin, soft tissue, large vessels, bone, and heart. *Hum Pathol* 10:707-730, 1979.
 20. Shimamoto C, Takao Y, Hirata I, Ohshiba S: Kimura's disease (angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia) associated with ulcerative colitis. *Gastroenterol* 28 (2): 298-300, 1993.
 21. Tsang W Y, Chan J K: The family of epithelioid vascular tumors. *Histol Histopathol* 8 (1): 187-212, 1993.
 22. Urabe A, Tsuneyoshi M, Enjoji M: Epithelioid hemangioma versus Kimura's disease. A comparative clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol* 11 (10): 758-766, 1987.
 23. Wells G C, Whimster I W: Subcutaneous angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia. *Br J Dermatol* 81:1-15, 1969.
 24. Wilson Jones E: Inflammatory angiomatous nodules with abnormal blood vessels occurring about the ears and scalp (pseudo or atypical pyogenic granuloma). *Br J Dermatol* 81:804-816, 1969.



Figura 1: En región parietal se observan nódulos de diferentes tamaños (*). Cicatriz residual de biopsia previa (▲). (Caso 1)



Figura 2: Nódulo subcutáneo en el que se visualizan folículos linfoides (f). (H.E. 40X). (Caso 1)

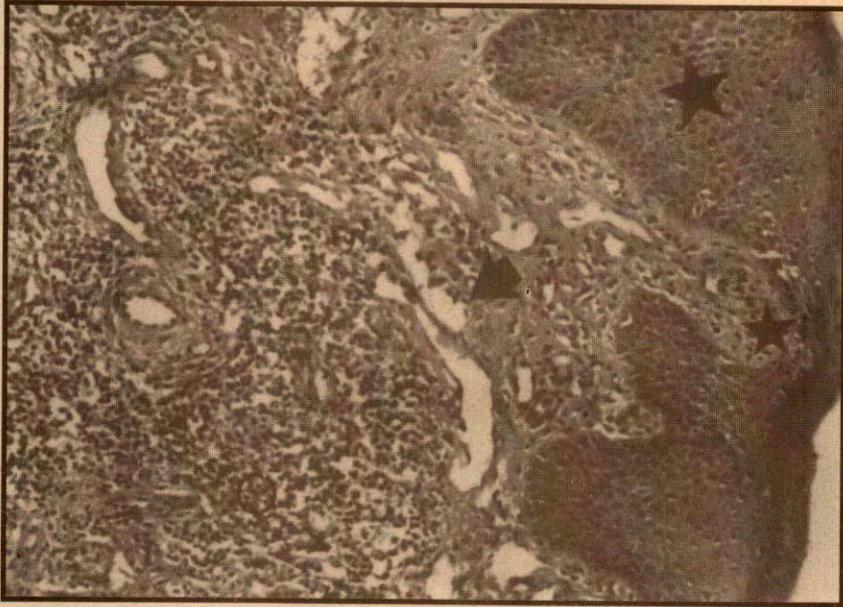


Figura 3: Se observa acantosis con papilomatosis leve (★), proliferación vascular (▲) y marcado infiltrado inflamatorio (○). (H.E. 40X). (Caso 2).

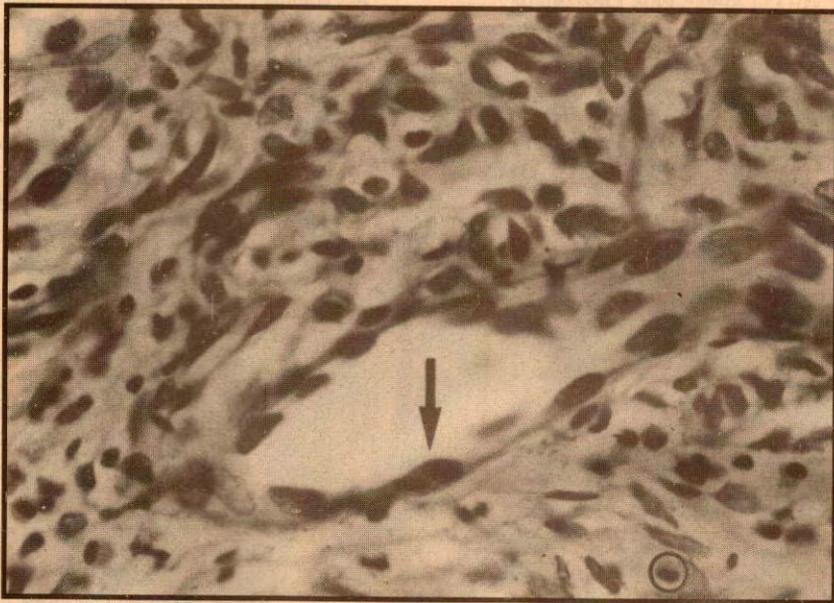


Figura 4: Vaso central de calibre mediano con células endoteliales que protruyen hacia la luz (○). Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con frecuentes eosinófilos (↑). (H.E. 400X).